

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua
Família: Estratégias de Enfermagem que Visam a
Gestão Emocional nos Irmãos

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua
Família: Estratégias de Enfermagem que Visam a
Gestão Emocional nos Irmãos


Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À professora Paula Diogo pelo constante rigor e exigência, pelo incentivo e suporte sempre presente, um agradecimento muito especial.

Aos meus colegas de mestrado, pelo ambiente de trabalho caloroso de ânimo e motivação, especialmente à Ana e à Anabela. A esta última ainda, um reconhecimento amigo pela aprendizagem partilhada e pela sua dedicação.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, a minha gratidão pela confiança no trabalho a realizar e pela permanente disponibilidade para ouvir.

Ao João pela compreensão e apoio nos momentos mais atribulados deste caminho e pela serenidade com que soube aceitar o que não pode ser mudado.

Aos meus pais e irmãos que me incentivaram nos momentos de maior fragilidade, sempre com palavras de encorajamento.

A todas as crianças e respetivas famílias que me possibilitaram fazer parte das suas vivências, dos vários momentos de partilha e de intensas emoções.

A todos os que deram o seu precioso contributo na construção deste relatório, os meus profundos e sinceros agradecimentos.

RESUMO

A criança com necessidades paliativas torna-se, inevitavelmente, o foco da atenção e preocupação dos pais. As hospitalizações e consultas médicas frequentes quebram a rotina e as relações familiares, colocando os irmãos em segundo plano, ficando, estes, frequentemente em casa de familiares ou amigos, com um frágil suporte. Concomitantemente, os feriados, férias e outros eventos especiais não são aproveitados da mesma forma e os pais podem não ser capazes de comparecer às atividades escolares ou outras atividades dos irmãos, podendo, igualmente, as relações não serem de qualidade pois, os pais, podem não estar física e emocionalmente disponíveis para eles. Também, os recursos financeiros são direcionados para a criança doente. Estes fatores, isolada ou cumulativamente, podem afetar os irmãos, fragilizando-os emocionalmente, podendo, mesmo, afetar o seu desenvolvimento emocional e/ou saúde mental. Neste sentido, a temática deste relatório incide no cuidar da criança em processo paliativo e da sua família, com enfoque no suporte emocional dos irmãos. Os enfermeiros, na prestação de cuidados, devem atender às vivências dos irmãos da criança, para minimizar as necessidades e repercussões da doença da criança nos irmãos. Assim, como objeto de estudo pretende-se desenvolver estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional dos irmãos. A sua finalidade é aprofundar saberes práticos, impulsionando uma mudança nas práticas de enfermagem, com reflexo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados pediátricos. A metodologia adotada consiste na reflexão sobre a prática e na aprendizagem experiencial desenvolvida em diferentes estágios de cuidados de saúde pediátricos. Das atividades de estágio destacam-se: a identificação das necessidades emocionais dos irmãos, identificação das estratégias de comunicação utilizadas na prestação de cuidados, entrevistas semiestruturadas para explorar a dimensão emocional dos cuidados e o luto fraterno, jornais de aprendizagem, diários de campo e ações de formação. As estratégias de enfermagem implementadas no âmbito do trabalho emocional em enfermagem pediátrica contribuem para uma melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança em processo paliativo, bem como para a redução das necessidades sentidas pelos mesmos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem Pediátrica, Emoções, Relações entre Irmãos

ABSTRACT

The child with palliative needs inevitably becomes the focus of parental attention and concern. Hospitalizations and frequent medical appointments break routine and family relationships, putting siblings in the background, often staying with relatives or friends with fragile support. At the same time, holidays, vacation and other special events are not used in the same way and parents may not be able to attend school activities or other sibling activities often, likewise, relationships may not be of quality because parents may not be physically and emotionally available to them. Also, the financial resources are directed to the sick child. These factors, isolated or cumulatively, can affect the siblings, debilitating them emotionally, and can even affect their emotional development and/or mental health. In this sense, the theme of this report focuses on caring for the child in the palliative process and his family, focusing on the emotional support of the siblings. Nurses, in the provision of care, must attend to the experiences of the siblings of the child, to minimize the needs and repercussions of the child's illness in the siblings. Thus, the object of study is intended to develop nursing strategies that aim at emotional management in siblings. Its purpose is to deepen practical knowledge, fostering a change in nursing practices, with a reflection on the continuous improvement of the quality of pediatric care. The methodology adopted is the reflection on the practice and experiential learning developed in different internships of pediatric health care. Internships activities include the identification of the emotional needs of siblings, identification of communication strategies used in caregiving, semi-structured interviews to explore the emotional dimension of care and fraternal mourning, learning journals, field journals and training actions. The nursing strategies implemented in the context of emotional work in pediatric nursing contribute to a better psychosocial adaptation of the siblings of the child in a palliative process, as well as to the reduction of the needs felt by them.

Keywords: Palliative Care, Pediatric Nursing, Emotions, Siblings Relations

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CCF - Cuidados Centrados na Família

CNT - Cuidados Não-Traumáticos

CPP - Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DCC - Doença Crónica Complexa

DGS - Direção-Geral de Saúde

EAPC - *European Association for Palliative Care*

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EG - Enfermeiro Generalista

Enf.^a - Enfermeira

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UEV - Unidade de Especial Vigilância

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1.Cuidar em Enfermagem Pediátrica.....	13
1.2.Cuidados Centrados na Família	18
1.3.Cuidados Paliativos Pediátricos	20
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	22
3. METODOLOGIA.....	25
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	26
4.1.Cuidados de Saúde Primários	27
4.2.Serviço de Urgência Pediátrica	35
4.3.Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.....	39
4.4.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	41
4.5.Serviço de Internamento de Pediatria.....	47
5. PROJETOS FUTUROS.....	54
6. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	

Apêndice I: Cronograma de Estágio

Apêndice II: Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III: Diário de Campo - Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Apêndice IV: *Dossier* Temático - Processo de comunicação com a criança e com o jovem em contexto de cuidados de saúde

Apêndice V: Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil com recurso às 5 Componentes do Modelo TEEP

Apêndice VI: Jornal de Aprendizagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apêndice VII: Jornal de Aprendizagem em contexto do Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice VIII: Entrevista Semiestruturada a um Perito - Gestão Emocional no Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice IX: Espaço de Partilha com Intencionalidade Terapêutica

Apêndice X: Jornal de Aprendizagem em contexto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

Apêndice XI: III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”

Apêndice XII: Cuidar da criança e família na UCIN - aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Apêndice XIII: O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN - Registos no Sistema Informático

Apêndice XIV: Entrevista Semiestruturada a um Perito: Luto Fraterno

Apêndice XV: Registo no Sistema Informático - SClinico

Apêndice XVI: Jornal de Aprendizagem em contexto do Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice XVII: Sessão de Análise de Práticas

Apêndice XVIII: O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no Internamento de Pediatria - Registos no Sistema Informático

Apêndice XIX: Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua Família: Estratégias de Enfermagem que visam a Gestão Emocional nos Irmãos

ANEXOS

Anexo I: Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Anexo II: Certificado de participação no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Tem como finalidade o estudo de uma problemática sensível aos cuidados de enfermagem pediátricos, operacionalizando um percurso formativo em vários contextos de cuidados de saúde pediátrica e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança e à sua família, permitindo, assim, a obtenção do grau de mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista (EE). Deste modo, almeja-se descrever e refletir sobre a aquisição de saberes práticos e a fundamentação consistente das experiências de estágio.

A Enfermagem, enquanto profissão que cuida do Outro, de forma holística e humanizada (Watson, 2012), na área especializada de saúde infantil e pediatria, tem como objetivo a maximização da saúde da criança, satisfazendo as suas necessidades nas diferentes etapas do desenvolvimento, ou seja, a otimização do estado de bem-estar físico, psicológico/emocional, intelectual, social e espiritual (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a). Para tal, é necessário, não só, mas também, prevenir e controlar os problemas de saúde apresentados.

Os problemas de saúde de uma criança despoletam, na família, um conjunto de vivências e de necessidades que, segundo a perspetiva holística, contemplam todas as dimensões da pessoa. A compreensão das vivências, a identificação e a satisfação das suas necessidades contribuem para diminuir a influência negativa deste evento no seio familiar (Sousa & Sousa, 2007, citando Bragadóttir, 1999; Sabatés & Borba, 2005). O suporte para os irmãos é, segundo a literatura, uma das necessidades apresentadas pela família. Estes experienciam a doença do irmão de forma particular, requerendo apoio a diversos níveis, uma vez que “o estágio de desenvolvimento e o nível de maturidade dos irmãos irá ter uma forte influência nos sentimentos e comportamentos exibidos, à medida que a doença progride e que os cuidados se intensificam” (Ethier, 2014, p. 946). Segundo McElfresh e Meck (2014, p. 919) “os enfermeiros são os profissionais ideais para educar e aconselhar os irmãos durante o curso da doença da criança”. Como tal, e segundo Murray (2000), citando Murray (1995), os enfermeiros devem implementar intervenções de apoio que permitam uma melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança doente, bem

como uma redução dos distúrbios psicológicos provocados por stressores vivenciados pelos irmãos (Murray, 2000, citando Dunkel-Schetter, 1984; Morrow, Carpenter & Hoagland, 1984; Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986; Speechley & Noh, 1992; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994; Ellerton, Stewart, Ritchie, & Hirth, 1996; Krishnasamy, 1996). O mesmo é corroborado por McElfresh e Meck (2014, p. 920) ao afirmarem que: “avaliar o apoio social para os irmãos, o humor, a autoestima, tanto no momento do diagnóstico como periodicamente, pode contribuir para prevenir problemas de saúde mental nos irmãos”. A problemática em estudo resulta, então, de uma necessidade reconhecida por mim, mas que é transversal à disciplina de enfermagem. Assim, pretendo averiguar as estratégias de enfermagem que visam facilitar a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo.

Benner (2001) defende que a experiência é necessária para a perícia e que, esta última, se desenvolve a partir de situações da prática. Ao considerar que os cuidados de enfermagem incorporam a perspectiva da totalidade e individualidade da pessoa, justifica-se a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman como concepção teórica orientadora, integrando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF). Este referencial defende que o cliente é um todo cujas partes estão em interação dinâmica, considerando que existem cinco componentes que afetam o sistema cliente, biológicas, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais, e que estão em interação constante com o ambiente com o qual partilham informação e energia (Lawson, 2014). Numa perspectiva global, o paradigma de pensamento de enfermagem que encorpa esta experiência formativa é o paradigma da Transformação (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2002) pois a gestão da emocionalidade enquanto intervenção de enfermagem é uma dimensão do processo de Cuidar que contribui para transformar positivamente as vivências no processo de cuidados. Neste paradigma, o holismo e o Cuidar são conceitos em destaque e as intervenções dos enfermeiros face às respostas dos clientes no processo de saúde-doença são fulcrais. Saliento ainda, que neste paradigma, os aspetos emocionais da prática de enfermagem dizem respeito aos clientes e enfermeiros.

Este relatório é o espelho do saber prático e reflexivo adquirido durante a minha formação enquanto mestrand. Ambiciona o desenvolvimento de conhecimentos da área de especialidade e também o desenvolvimento de estratégias de enfermagem que minimizem as vivências e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em

processo paliativo. A metodologia adotada consiste numa reflexão sobre a prática, com enfoque na aprendizagem experiencial desenvolvida nos diferentes contextos de estágios. A escolha da metodologia recaiu sobre este método, uma vez que Kolb (1984), defende que o conhecimento é constituído através da transformação da experiência, é continuamente criado e recriado. A aprendizagem transforma a experiência a nível objetivo e subjetivo. Consequentemente, a aprendizagem não se efetua apenas de forma cognitiva, mas através da reflexão consciente sobre as experiências, com o intuito de as transformar em aprendizagens, sendo igualmente pertinente para considerar os sentimentos e as emoções (Alarcão, 2002).

Os contextos de estágio, por ordem cronológica, englobam uma unidade de saúde familiar (USF), um serviço de urgência pediátrica (SUP), uma unidade móvel de apoio domiciliário (UMAD), uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e um serviço de internamento de pediatria (SIP).

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos: no primeiro, desenvolvo o enquadramento teórico, abordando temas como: cuidar em pediatria, CCF e cuidados paliativos pediátricos (CPP); no segundo capítulo apresento o problema e o objeto de estudo, analisando as vivências da família e dos irmãos da criança em processo paliativo e as estratégias de enfermagem que visam diminuir o impacto e repercussões emocionais nos mesmos; no terceiro, explico a metodologia utilizada; e, no quarto, elaboro uma análise reflexiva do percurso efetuado, especificando os objetivos e as atividades realizadas durante a experiência de estágio, bem como as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) adquiridas e desenvolvidas. Por último, apresento as perspetivas futuras e concluo apresentando as considerações finais de todo o percurso. Para finalizar, apresento, em apêndice, os documentos desenvolvidos ao longo do percurso formativo, apresentando, também, e em anexo, documentos pertinentes para a elaboração do presente relatório.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo visa explicar os fundamentos teóricos que nortearam a definição e desenvolvimento das atividades que foram realizadas em estágio. Trata-se de um capítulo fulcral, uma vez que se espera que o EE preste cuidados de elevada qualidade, sendo crucial que a prática seja baseada na evidência e fundamentada nas conceções teóricas que enformam a disciplina de Enfermagem, por forma a unificar a teoria e a prática. Importa salientar que o EE deve ser um elemento gerador de mudança, operacionalizando e incentivando a prática baseada na evidência, aspeto espelhado no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que o mesmo preconiza que o EE baseie "a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (OE, 2010a, p. 4).

1.1. Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Cuidar é uma atividade inata ao ser humano, existindo desde o início da humanidade. Contudo, esta atividade não era considerada um ofício, nem uma profissão (Collière, 1999). O cuidar era visto como fundamental para assegurar a vida e evitar a morte e foi, ao longo dos tempos, associado ao género feminino, sendo como que uma obrigação da mulher, no seio da família, que lhe conferia um sentido de moral ou dever, tendo este acompanhado a história da humanidade e da enfermagem (Collière, 1999).

Recuando ao século XIX, Nightingale defendeu que, para assegurar a sobrevivência dos doentes, a realização de pensos e/ou a administração de medicamentos era insuficiente. Assim inicia-se o processo de conceptualização da enfermagem enquanto arte e ciência, levando ao reconhecimento da enfermagem como uma profissão de cuidar, ou seja, “considerar o cuidar de enfermagem como o cerne da enfermagem. É aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio” (Basto, 2009, p. 12).

Voltando a Collière (1999, p. 235-236):

cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, (...) é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Como tal, Cuidar significa estar atento a alguém, ocupando-se do seu bem-estar, do seu estado, do seu bom funcionamento. O mesmo é sugerido, na atualidade, por Watson (2012), uma vez que, o cuidar, ideal moral da enfermagem, tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Basto (2009), seguindo a mesma linha de pensamento, defende que o cuidar de enfermagem tem por base a interação enfermeiro-cliente e tem como objetivo promover o bem-estar, diminuindo o sofrimento. Além disso, implica ir ao encontro do outro, de forma a compreender os seus comportamentos e necessidades para poder dar uma resposta adequada. Esta visão do cuidar coaduna-se com o paradigma de Enfermagem da Transformação, no qual os fenómenos, na sua singularidade, são analisados segundo uma perspetiva de interação constante com o mundo que os rodeia (Kérouac et al., 2002).

A enfermagem é, então, a arte de cuidar, atendendo à pessoa na sua globalidade e visando o seu bem-estar. O cuidar impõe, assim, o conceito de holismo, tendo como princípios básicos o respeito pela dignidade, pelos valores, liberdade e individualidade de cada ser humano. O mesmo já fora afirmado por Collière (1999, p. 21), quando refere que “os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socioeconómico, em cada situação”. Além disso, cuidar representa a relação entre o cliente e o enfermeiro; a pessoa cuidada e o cuidador. Watson (2012) reforça esta ideia através do conceito de relação do cuidar, descrevendo-o como uma relação com outra pessoa, que assenta na preservação da dignidade de humanidade da mesma. Também para Collière (1999, p. 155) “cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que cuida e o que é cuidado”. Já Swanson (1993) salienta que a relação com o outro é nutrida de afeto, permitindo o desenvolvimento quer da pessoa cuidada, por quem o enfermeiro se sente responsável, quer deste último.

O conceito de pessoa utilizado pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) centra-se o binómio criança e família como beneficiários dos cuidados prestados (OE, 2010b), sendo considerada criança “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a idade adulta seja conseguida com sucesso” (OE, 2011a, p. 4). A família é entendida como um dos pilares de suporte da criança, essencial para a promoção da saúde e bem-estar da

mesma (OE, 2011a), sendo a sua inclusão na esfera de atuação da intervenção de enfermagem um dos elementos centrais da filosofia dos CCF. O conceito de família tem uma definição muito vasta e complexa. As primeiras definições realçam as relações entre os membros através de laços legais, relações genéticas ou por coabitarem. Atualmente, a família é definida como uma “instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos duradouros e representam diferentes e semelhantes gerações e géneros, participam nos papéis que contribuem para a socialização mútua, desenvolvimento e compromisso emocional” (Hockenberry, 2014, p. 50). Ao longo deste trabalho, o conceito de família que irei utilizar é o de família nuclear, sendo esta “composta por dois pais e os seus filhos. A relação entre pais e filhos pode ser biológica, por afinidade, adoção ou acolhimento. (...) Os pais não são necessariamente casados” (Hockenberry, 2014, p. 52).

Como profissão que cuida do outro de forma holística e humanizada, a enfermagem, na área especializada de saúde infantil e pediatria, tem como objetivo a maximização da saúde da criança, satisfazendo as suas necessidades nas diferentes etapas do desenvolvimento, conduzindo ao bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual (OE, 2011a). A presente definição de pessoa vai ao encontro da definição defendida por Neuman (Lawson, 2014).

Para a rigorosa planificação dos cuidados de enfermagem, é necessária a adoção de referenciais teóricos que permitam a construção do pensamento em enfermagem e orientação das práticas, conduzindo ao avanço da disciplina. Assim, como principal conceção teórica, optei pela utilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Este modelo inclui uma abordagem de sistemas aberta e dinâmica, sendo, por isso, um modelo de largo espectro que permite a compreensão de diversas variáveis. Como tal, o modelo permite a definição de problemas de enfermagem e a compreensão do cliente e da sua interação com o ambiente, utilizando uma abordagem holística (Lawson, 2014).

Os dois componentes básicos do modelo são o *stress* e a reação ao *stress*. Os stressores são forças que criam tensão no sistema, interagindo e alterando a sua estabilidade. Estas podem ser: forças intrapessoais, que ocorrem no indivíduo, forças interpessoais, que advêm de um ou mais indivíduos, e/ou forças extrapessoais, que ocorrem fora do indivíduo (Lawson, 2014).

Neuman elaborou um diagrama que permite a visualização do seu modelo (Anexo I). O mesmo é constituído por uma estrutura básica, núcleo central, que é formado por fatores fundamentais à sobrevivência e que está rodeado por linhas protetoras, sendo estas as linhas de resistência e as linhas de defesa. Primeiramente, encontram-se as linhas de resistência, que protegem a estrutura básica, tornando-se ativas quando o stressor ultrapassa as linhas de defesa, devendo reequilibrar o sistema. Seguidamente, encontram-se a linha de defesa normal, que representa o nível habitual de estabilidade do sistema, o estado de bem-estar, sendo esta usada como linha basal para a determinação de desvios no sistema cliente. Por último, a linha de defesa flexível é a mais dinâmica e representa o limite externo e a resposta inicial do sistema contra os stressores, impedindo que os mesmos alterem a estabilidade do sistema (Lawson, 2014).

O modelo de Neuman define os conceitos do metaparadigma de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem (Fawcett, 1984). Pessoa, enquanto sistema cliente, é entendido como um todo, no qual as partes estão em constante interação dinâmica. Pode ser definido como um indivíduo, família, grupo ou comunidade e é composto por cinco variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual, que, se afetadas, podem levar ao desequilíbrio do sistema. É considerado um sistema aberto e dinâmico, que efetua trocas sucessivas com o Ambiente, podendo estas ser positivas ou negativas. Ambiente é definido pelos fatores internos e externos que interagem com a Pessoa. Neuman define três Ambientes: o interno, que é visto como toda a interação contida no cliente, sendo, por isso, intrapessoal; o externo, entendido como todas as interações que sucedem fora do cliente, ou seja, interações interpessoais ou extrapessoais; e o criado, que representa os mecanismos de *coping* desenvolvidos pela Pessoa para lidar com os stressores, sendo inconscientemente desenvolvido. Neuman considera Saúde como um contínuo estado de bem-estar, no qual as necessidades do sistema estão satisfeitas. Por último, Enfermagem é vista como a profissão que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*. As intervenções de Enfermagem são ações intencionais para ajudar a Pessoa a atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, existindo três níveis de intervenção: primária, quando se suspeita ou se identifica um stressor; secundária, envolve intervenções ou tratamento após a ocorrência dos primeiros sintomas; e terciária, que ocorre após a intervenção

secundária e centra-se na otimização do sistema, fortalecendo a resistência aos stressores (Lawson, 2014).

Assim, relativamente à problemática em estudo, a Pessoa são os irmãos das crianças em processo paliativo e as suas famílias. O Ambiente é entendido como a criança doente, a família, os amigos, a escola, o hospital, ou seja, todo meio ambiente que envolve a Pessoa. Saúde está diretamente relacionado com o impacto e as repercussões, que a doença da criança vai ter no irmão, alterando o seu bem-estar. Por último, as intervenções de Enfermagem, principalmente as intervenções do EESIP, devem ser dirigidas para o restabelecimento do bem-estar do sistema, ou seja, devem prevenir e colmatar os stressores provocados pela doença da criança.

Além do Modelo de Sistemas, destaco, como concepções secundárias, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2012) e a concepção de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo (2015, 2017). O processo de cuidar em enfermagem da criança e família destaca-se não só pela dinâmica de interação entre pessoa e cliente, pessoa e enfermeiro, mas em simultâneo pela necessidade de conhecimentos, compromisso e valores humanos, e pelo envolvimento moral do enfermeiro no cuidar (Watson, 2012). A autora refere, nas premissas básicas da sua teoria, que a mente e as emoções são as janelas para a alma da pessoa, e que a relação que se estabelece transcende o mundo físico e material (Watson, 2012). Em pediatria, o cuidar atende, não só aos procedimentos técnicos e do processo de interação, mas também à dimensão emocional, por forma a satisfazer todas as necessidades da criança e família (Diogo, 2006). É primordial a presença de afeto na prestação de cuidados: “a dádiva do afeto (...) espelhada pelo sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo (...) gestos de carinho (...), trata-se de um alimento que nutre as múltiplas interações” (Diogo & Baltar, 2014, p. 156). Assim, na prática de cuidados de enfermagem em pediatria, o afeto tem vindo a ser apontado como característica definidora do cuidar, sendo, só assim possível criar uma relação terapêutica com a criança e família, pois, segundo Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens e Diogo (2010, p. 72) “cuidar ou relação terapêutica é o mesmo”. Na mesma linha de pensamento, para Watson (2005) a presença do afeto nas relações, em enfermagem, resulta das interações inerentes ao ato de cuidar, contribuindo para estruturar e regular a relação. Assim sendo, o enfermeiro lê e sente a experiência humana do cliente, o que, por sua vez, se reflete no que sente, orientando a prestação de

cuidados num ambiente emotivo e de afeto pela outra pessoa. Contudo, o enfermeiro em pediatria utiliza o cuidar com afeto, de forma intuitiva, para regular eventos emocionalmente perturbadores e para canalizar as emoções negativas, sendo por isso pertinente compreender o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP) (Diogo, 2015).

O conceito de trabalho emocional estendeu-se à disciplina de enfermagem através de Pam Smith (1992, 2012). A enfermeira investigadora concluiu que o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de forma intuitiva e informal. Contudo, a complexidade do mesmo em pediatria requer, não só experiência, na medida em que o trabalho emocional tem especificidades, tendo em conta os diferentes contextos de cuidados (Hunter & Smith, 2007), mas também uma perícia do enfermeiro na gestão das emoções (Benner & Wrubel, 1989; Smith, 2012; Diogo, 2017).

Assim, o Cuidar em enfermagem pediátrica deve atender a todas as dimensões do sistema cliente, ou seja, da criança e família, na qual se incluem os irmãos, tendo em conta uma perspetiva holística e humanista. Além disso, Cuidar implica, necessariamente o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente e a compreensão da experiência humana das emoções nos processos de saúde-doença, enquadrado na filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

1.2. Cuidados Centrados na Família

Os CCF são “uma filosofia que, além de cuidar da pessoa, também reconhece a sua família como unidade de cuidado” (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2010, p. 134). Este enunciado vai ao encontro do preconizado pela OE (2010b, p. 1) no regulamento das competências específicas do EEESCJ, onde é explícito que o EE deve utilizar “um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. Como referido, o conceito de família utilizado ao longo do trabalho inclui, também, os irmãos da criança como beneficiário dos cuidados de enfermagem prestados.

Segundo McCormack e McCance (2006) a estrutura dos CCF assenta em quatro pressupostos. O primeiro define as competências/atributos que o enfermeiro deve possuir, como por exemplo; ser profissionalmente competente, ter habilidades

interpessoais desenvolvidas, estar comprometido no trabalho, ser capaz de demonstrar os valores e crenças em que acredita e ter consciência própria. Estes atributos permitem melhorar a comunicação com os pacientes, contudo, esta capacidade é fortemente influenciada pelo contexto/ambiente de cuidados, sendo este o segundo constructo. O contexto de cuidados deve favorecer os CCF. Para isso, é necessário que estejam reunidas um conjunto de características, que envolvem: o trabalho em equipa multidisciplinar, a implementação e utilização de sistemas que facilitem a tomada de decisão, o suporte da instituição na implementação desta filosofia e o *empowerment*. Este constructo tem um grande impacto na operacionalização de CCF, uma vez que pode dificultar ou facilitar a implementação do processo centrado na família. Este processo é o terceiro pressuposto, que inclui: trabalhar com os valores e crenças do cliente, que o enfermeiro esteja envolvido com o cliente para que este último queira trabalhar em conjunto com o enfermeiro, ter compaixão pelo outro, empoderar o cliente, levando-o à tomada de decisão e providenciar as necessidades básicas. Pondo em prática o processo centrado na família são esperados resultados (quarto pressuposto), nomeadamente ao nível da satisfação do cliente, do envolvimento do mesmo nos cuidados, na promoção do bem-estar e na criação de um ambiente terapêutico.

Assim, os CCF centram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica entre os clientes e famílias, favorecendo o respeito pelo outro, o direito individual à autodeterminação e o respeito mútuo e compreensão (McCormack et al., 2015). Segundo Boon (2012), para que a relação seja efetiva, os CCF devem respeitar quatro princípios. O primeiro, o respeito pela dignidade, condição intrínseca do ser humano, incute os profissionais de saúde a honrar as perspetivas e as escolhas do cliente e da família, bem como obter informações acerca do conhecimento, valores, crenças e antecedentes culturais dos mesmos, por forma a incorporá-los no planeamento e na prestação de cuidados. A partilha de informação, o segundo constituinte, foca-se na comunicação e na partilha de informações completas e imparciais, por parte dos profissionais de saúde, com o cliente e família, permitindo o envolvimento do cliente e família (terceiro princípio) nos cuidados e na tomada de decisão. Por último, a colaboração entre o cliente e a família e os profissionais de saúde e líderes hospitalares, quarto princípio, adquire um papel fundamental, no sentido de desenvolver, executar e avaliar programas e políticas implementadas.

Os CCF permitem, assim, a diminuição da tensão e *stress* emocional, sendo, consequentemente, minimizados os efeitos negativos da hospitalização e da doença, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança e à sua família (Sanders, 2014). Importa salientar que, os enfermeiros, numa perspetiva centrada na família, devem prestar atenção às necessidades e efeitos da doença da criança na totalidade dos membros da família, e não apenas à criança afetada (McElfresh & Meck, 2014), principalmente na prestação de CCP.

1.3. Cuidados Paliativos Pediátricos

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência de doenças incuráveis e incapacitantes nas crianças. Os avanços na medicina e nos equipamentos tecnológicos hospitalares permitiram a redução da taxa de mortalidade e, simultaneamente, um aumento das taxas de sobrevivência das crianças portadoras de patologias graves e potencialmente letais (*European Association for Palliative Care* [EAPC], 2009).

Em Portugal, a taxa bruta de mortalidade infantil, entre 1987 e 2011, baixou de 118 para 30:100.000. Neste período, 27,2% das mortes pediátricas foram devidas a doença crónica complexa (DCC) - “qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários diferentes sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados” (Lacerda et al., 2014, p. 6). As principais causas de morte por DCC, no primeiro ano de vida, são: doenças neuromusculares, cardiovasculares e alterações congénitas ou genéticas, enquanto que dos 1-17 anos prevalecem o cancro, as doenças neuromusculares e as cardiovasculares (Lacerda, 2016). Segundo um estudo de prevalência (32:10.000) aplicado em Portugal em 2013, estima-se que existam cerca de 6000 crianças com necessidades paliativas pediátricas. Todas as crianças têm, como direito, o acesso aos CPP, principalmente as crianças com DCC, limitantes ou ameaçadoras de vida (Lacerda, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CPP são definidos como: cuidados ativos e globais à criança, corpo, mente e espírito, incluindo, o suporte familiar, no qual se incluem os irmãos; devem ser implementados quando uma doença

ameaçadora da vida é diagnosticada, devendo, a sua prestação, continuar, independentemente de a criança receber ou não tratamento dirigido à doença; os prestadores de cuidados devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança; exigem uma abordagem ampla e multidisciplinar, que inclui a família e, conseqüentemente, os irmãos, e utiliza os recursos comunitários disponíveis, podendo ser prestados em centros terciários, nos cuidados de saúde primários ou no domicílio (EACP, 2009).

De acordo com o publicado pelo *Committee on Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families*, os CPP em si, não se focam na cura, mas podem ser prestados juntamente com os cuidados curativos. A antecipação, prevenção e alívio da dor e da carga física e emocional podem, de facto, ser essenciais para que os doentes possam tolerar os regimes de tratamento mais exigentes. Esta tipologia de cuidados é igualmente importante no sentido de evitar o encarniçamento terapêutico. Uma boa prestação de cuidados paliativos, iniciados após o diagnóstico de doença fatal, ou potencialmente fatal, deverá ajudar tanto as crianças que sobrevivem, como as crianças que morrem (Field & Behrman, 2003).

As diferentes fases dos CPP têm em conta objetivos e necessidades distintas. Os objetivos na primeira fase, diagnóstico, são: prognóstico, partilha de informações relevantes, transferência e articulação entre o hospital e a comunidade. Na fase seguinte, vivência, é necessária uma avaliação interdisciplinar e o estabelecimento de um plano de cuidados. Por último, na terceira fase, cuidados em fim de vida, os objetivos passam por: estabelecimento de um plano de fim de vida e suporte no luto. Relativamente às necessidades assumem-se os seguintes (Lacerda, 2016, p. 519):

prestação de informação desde o início, de forma clara e honesta; coordenação dos cuidados; suporte para os irmãos; suporte psicossocial; se cuidados em casa: informação e educação sobre prestação de cuidados (capacitação), ajuda prática se necessário, acesso ao apoio da equipa interdisciplinar 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, possibilidade de descanso, assistência financeira.

Tendo em mente que os CPP são centrados na família e que os irmãos da criança doente fazem parte da família, as vivências e as necessidades dos mesmos devem ser reconhecidas como foco de atuação dos enfermeiros (Lane & Mason, 2014). O mesmo é preconizado por Lacerda et al. (2014, p. XV) quando afirmam que “os cuidadores familiares e os irmãos devem ser incluídos na avaliação das necessidades e na prestação de cuidados”.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Os problemas de saúde de uma criança despoletam, na família, um conjunto de vivências e de necessidades que, segundo uma perspectiva holística, contemplam todas as dimensões da pessoa: cognitiva, emocional, comportamental, relacional e espiritual. Estas necessidades possuem características similares, básicas e transversais a todas as culturas e contextos de doenças na criança (Sousa & Sousa, 2007, citando Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003). A compreensão das vivências e a identificação e satisfação das suas necessidades contribuem para diminuir a influência negativa deste evento no seio familiar (Sousa & Sousa, 2007, citando Bragadóttir, 1999; Sabatés & Borba, 2005). Segundo Sousa e Sousa (2007, p. 17), citando Kristjansdóttir (1995, 1997), as necessidades da família que foram identificadas são: “confiar em médicos e enfermeiros, sentir que estes confiam neles, informação, apoio e orientação, relacionadas com os recursos humanos e físicos e relacionadas com outros membros da família”. Contudo, importa salientar que cada família é única, podendo, por isso, apresentar necessidades diferentes (Orloff & Jones, 2011).

A relação entre irmãos será, provavelmente, mais duradoura do que qualquer outra relação na vida de uma pessoa, e desempenha um papel essencial na vida das famílias (Howe & Recchia, 2014). O suporte para os irmãos é uma das necessidades apresentadas. Estes experienciam a doença do irmão de forma particular, requerendo apoio a diversos níveis, uma vez que “o estágio de desenvolvimento e o nível de maturidade dos irmãos irá ter uma forte influência nos sentimentos e comportamentos exibidos, à medida que a doença progride e que os cuidados se intensificam” (Ethier, 2014, p. 946).

Perante a doença de um filho, a atenção dos pais dirige-se, inevitavelmente, para o filho doente, levando a que os filhos saudáveis se sintam abandonados/excluídos (Orloff & Jones, 2011). Sentimentos de culpa e vergonha são, também, experienciados pelos irmãos saudáveis, uma vez que sentem um ressentimento adicional devido aos cuidados especiais prestados ao irmão doente (Ethier, 2014). Por outro lado, os irmãos saudáveis podem experienciar outro tipo de perdas, como a perda do papel de irmãos mais novos ou mais velhos e a perda, temporária, dos pais, em caso de hospitalização da criança doente. Além disso,

alterações de rotinas familiares, como a diminuição de atividades no exterior e de atividades em família, podem gerar sentimento de revolta e de raiva contra o irmão doente (Orloff & Jones, 2011). Outras questões que se tornam pertinentes de abordar, segundo a literatura, são a inversão de papéis (paternalização) do irmão mais velho; a superproteção; dificuldades/problemas escolares, como os elevados/baixos resultados e/ou agressividade com os colegas; problemas alimentares; perturbações do sono; enurese e fraca representação de si.

Segundo McElfresh e Meck (2014, p. 919) “os enfermeiros são os profissionais ideais para educar e aconselhar os irmãos durante o curso da doença da criança”. Como tal, e segundo Murray (2000), citando Murray (1995), os enfermeiros devem implementar intervenções de apoio que permitam uma melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança doente, bem como uma redução dos distúrbios psicológicos provocados por stressores vivenciados pelos irmãos (Murray, 2000, citando Dunkel-Schetter, 1984; Morrow, Carpenter & Hoagland, 1984; Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986; Speechley & Noh, 1992; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994; Ellerton, Stewart, Ritchie, & Hirth, 1996; Krishnasamy, 1996). O mesmo é corroborado por McElfresh e Meck (2014, p. 920) ao afirmarem que: “avaliar o apoio social para os irmãos, o humor, a autoestima, tanto no momento do diagnóstico como periodicamente, pode contribuir para prevenir problemas de saúde mental nos irmãos”. De forma a suprimirem as necessidades das crianças saudáveis, as estratégias de enfermagem devem, então, atender aos diferentes tipos de apoio: emocional, informativo, instrumental e de apreciação (Murray, 2000, citando Murray, 1995).

O suporte emocional, estratégia do trabalho emocional, tem como objetivo transformar positivamente as experiências associadas aos processos de saúde-doença (Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016). Para o irmão de uma criança doente, significa que o enfermeiro tem a disponibilidade para o ouvir, conversar sobre os seus problemas, partilhar sentimentos e conhecer e compreender as suas preocupações (Murray, 2000).

O apoio informativo está relacionado com as necessidades de informação que os irmãos têm acerca da doença da criança (Murray, 2000). Para tal, os profissionais de saúde devem antecipar as perguntas e proporcionar respostas às crianças quanto aos problemas de saúde do seu irmão, transmitindo informação adequada à idade e

ao estágio de maturidade. Devem, também, encorajar os pais a conversarem com os filhos sobre a doença do irmão, de forma a perceberem os sentimentos destes últimos (McElfresh & Meck, 2014). O fornecimento da informação necessária facilita, não só a compreensão da situação por parte dos irmãos, mas também a redução da ansiedade sentida pelos mesmos (Orloff & Jones, 2011).

As visitas ao hospital ou a hospitalização da criança, podem perturbar a rotina familiar, levando a que os irmãos saudáveis se sintam colocados em segundo plano. Assim, os enfermeiros devem incentivar os pais a passarem tempo com os irmãos saudáveis, durante o qual o foco sejam eles mesmos (Ethier, 2014). O apoio instrumental, passa, também, por manter as rotinas dos irmãos, garantindo que um familiar ou amigo está presente para os ajudar com os trabalhos de casa, transportar para a escola, entre outros (Murray, 2000).

Por último, “os irmãos podem preocupar-se com a hipótese de poderem contrair a doença ou preocupar-se por a causa da doença poder ter sido alguma brincadeira mais energética com o irmão ou algum pensamento em relação a ele” (McElfresh & Meck, 2014, p. 919). O suporte de apreciação passa por desmistificar estas ou outras perceções incorretas que os irmãos tenham (Murray, 2000).

Tendo por base os CCF, a literatura sugere três estratégias de enfermagem a ser implementadas, diferentes das referidas, sendo estas promover relações saudáveis entre os irmãos, ajudar os irmãos na adaptação à doença e envolver os irmãos nos cuidados (McElfresh & Meck, 2014). Importa salientar que “os enfermeiros podem assistir a família, através da ajuda aos pais, na identificação de formas de envolver os irmãos no processo de cuidados e na informação honesta e adequada ao desenvolvimento das crianças” (Ethier, 2014, p. 946). Assim, constituiu objeto de estudo o aprofundamento e implementação de estratégias de enfermagem que visam facilitar a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo.

3. METODOLOGIA

A metodologia é entendida como o conjunto de procedimentos e técnicas que permitem antecipar, direcionar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto de aprendizagem, de forma a conseguirem estudar e resolver determinado problema (Carmo & Ferreira, 2015). A metodologia utilizada neste relatório, sendo intencional e flexível, tem como objetivo principal a aquisição e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança e à família.

A prática reflexiva e a aprendizagem experiencial estiveram na base da metodologia orientadora. A prática reflexiva possibilita a partilha de saberes e a apropriação de competências nas experiências de estágio – a aprendizagem experiencial. A prática reflexiva envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e, por último, a reflexão sobre a reflexão na ação, facilitando o processo de aprendizagem (Schön, 1992). A metodologia assenta, também, numa prática baseada na evidência científica, com a produção de instrumentos de análise crítica, sendo estes: registos reflexivos, jornais de aprendizagem, diários de campo, análise das práticas, entre outros momentos de reflexividade.

Além dos aspetos metodológicos, que são fundamentais, os contextos onde as experiências de aprendizagem têm lugar também são de extrema relevância. Como tal, a escolha dos contextos de estágio foi intencional para dar a melhor resposta aos meus objetivos de aprendizagem. Assim, selecionei os seguintes contextos: a USF, o SUP, a UMAC, a UCIN e o SIP. A escolha dos contextos de estágio e a duração de cada experiência clínica relacionou-se com a necessidade de compreender a dimensão do exercício profissional do EEESCJ nos diferentes contextos, permitindo um encontro harmonioso com a problemática transversal deste relatório, as estratégias de enfermagem que visam diminuir o impacto e repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo. A ordem e o tipo de serviços escolhidos tiveram inerente a intencionalidade evolutiva da minha aprendizagem, em que priorizei a passagem por contextos de saúde com grau crescente de complexidade e especificidade de cuidados. Para ilustrar o percurso experiencial desenhei um cronograma (Apêndice I), que evidencia os contextos de estágio e os delimita temporalmente.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

O presente capítulo faz referência ao percurso de estágio vivenciado, que decorreu ao longo de 18 semanas, em diferentes contextos da prática, desde os cuidados de saúde primários até ao serviço de internamento de pediatria. Uma vez que nunca tinha trabalhado nos contextos onde estagiei, os períodos de estágio apresentaram-se como um desafio necessário para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

É na vivência prática que a teoria se desenvolve, sendo a ação a base sobre a qual se deve refletir. Ao integrar-se em determinado ambiente, sob determinadas condições e em interação, a pessoa vê potenciada a sua capacidade de comunicação, fatores esses que concorrem na otimização das aprendizagens e do autoconhecimento. No processo de aquisição de competências, a reflexão na ação tem um papel determinante, devido à mobilização de saberes e à reorganização do pensamento e ação, que resulta das interações num meio em constante mudança e da capacidade de adaptação, da autonomia e responsabilidade. A transformação pessoal decorre do caminho que é percorrido desta reflexão (Soveral, 1996; Benner, 2001).

Com vista a otimizar a experiência de estágio, foi desenvolvido um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II) para cada contexto, no qual apresento um breve enquadramento teórico, os objetivos gerais, os objetivos específicos e as respetivas atividades propostas, tendo como finalidade a aquisição de competências do EEESCJ preconizadas pela OE (2010b). A elaboração do mesmo consistiu em uma atividade comum a todos os contextos, que ocorria antes do primeiro dia de estágio.

Assim, é possível salientar as vantagens decorrentes da execução do Guia referido, sendo elas: exploração prévia de evidência científica específica para cada contexto de aprendizagem, possibilitando uma redefinição mais consistente dos objetivos e das respetivas atividades, cuja primeira versão foi formulada no âmbito da UC Projeto de Estágio. Por outro lado, este instrumento de trabalho foi extremamente útil para transmitir aos enfermeiros orientadores dos estágios as minhas expectativas de aprendizagem, bem como os objetivos e atividades planeadas para cada estágio. Como objetivos gerais de estágio defini:

- Desenvolver competências de EESIP no cuidar à criança e família nos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver competências de EE no âmbito da gestão emocional da criança em processo paliativo e família, com foco no impacto e repercussões emocionais nos irmãos.

Em todos os contextos de estágio apresentei o Guia Orientador das Atividades de Estágio, tendo discutido a sua exequibilidade com os enfermeiros orientadores e adequado, posteriormente, as atividades que realizei às necessidades reais de todos os intervenientes, manifestadas pelos enfermeiros chefe, enfermeiros orientadores e restantes elementos das equipas de enfermagem, bem como às necessidades por mim sentidas.

Assim, e com recurso à metodologia referida, irei neste capítulo proceder à análise dos objetivos, experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas, com referência às competências EEESIP adquiridas em cada contexto de estágio. Opta-se por apresentar as experiências por contextos da prática, seguindo a cronologia do meu percurso de estágio, por sentir que deste modo fica mais clara a minha evolução, no desenvolvimento de conhecimentos, treino de habilidades, aprendizagem de técnicas, dificuldades sentidas e superadas, com vista à aquisição de competências de EEESIP.

4.1. Cuidados de Saúde Primários

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primário (CSP) são a sustentação do Serviço Nacional de Saúde na prevenção da doença e promoção da saúde da população (Decreto-Lei 118/2014, 2014). É através do CSP que as crianças, os jovens e as suas famílias são acompanhados, em Consultas de Vigilância de Saúde, possibilitando a avaliação do crescimento e desenvolvimento das mesmas, bem como a deteção precoce de quaisquer perturbações e das implicações que estas têm na qualidade de vida, no sucesso educacional e integração social da criança, sendo estes objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2013).

Com a reorganização dos CSP, estes foram segmentados por unidades funcionais que visam garantir a prestação de cuidados à população de uma área geográfica definida. A reestruturação dos CSP passou pela formação dos

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que têm autonomia administrativa, aglutinam um ou mais centros de saúde e são constituídos por diferentes unidades funcionais: unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados (Decreto-Lei 28/2008, 2008).

A unidade funcional onde realizei o estágio de CSP era uma USF, na qual impera o método de enfermeiro de família, ou seja, o enfermeiro acompanha os mesmos clientes em todas as valências da USF, indo ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde, que estabelece que “o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que (...) assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei 118/2014, 2014, p. 4070).

A filosofia dos CCF, adotada em enfermagem pediátrica, vai ao encontro do método de organização de trabalho referido, pois os CCF baseiam-se no pressuposto de que, para além da criança, a família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança. Além disso, a filosofia referida baseia-se em dois conceitos centrais, a capacitação e empoderamento, ou seja, o recurso ao uso de capacidades e competências da família, bem como ao desenvolvimento de novas ferramentas, e o reconhecimento da mudança de comportamentos como potenciador de forças internas (McCormack & McCance, 2006).

O estágio neste contexto iniciou com as atividades que deram resposta ao primeiro objetivo específico: **“conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, em particular no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil (SIJ)”**. Assim, comecei por apresentar o Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II), que tinha previamente efetuado, à enfermeira orientadora. Na discussão do mesmo, a Enf.^a concordou com a pertinência dos objetivos que tinha delineado para este estágio, contudo propôs a realização de uma apresentação à equipa, uma formação, decorrente do *dossier* temático sobre técnicas de comunicação que tinha proposto elaborar, pois seria uma mais-valia para a equipa, uma vez que a realização de uma ação de formação constituiu, fundamentalmente, uma oportunidade de partilha e de reflexão entre todos os intervenientes, formadores e formandos. Seguidamente, consultei os protocolos, normas e projetos existentes,

nomeadamente do plano de ação, do regulamento interno e de procedimentos relativos à SIJ, permitindo que tomasse conhecimento da dinâmica organizacional e estrutural da USF.

Perante a utilização do método de enfermeiro de família tive a oportunidade de acompanhar diversas enfermeiras na consulta de SIJ, visto que a enfermeira orientadora só realizava consultas de saúde infantil duas vezes por semana. Esta experiência foi enriquecedora pois permitiu a partilha de conhecimentos. Na observação de diversas consultas realizadas pude verificar a diferença entre as consultas efetuadas por uma EE e por Enfermeiras Generalistas (EG), sendo que a primeira apresenta um olhar mais desperto para eventuais alterações/desvios do desenvolvimento saudável da criança. O mesmo vai ao encontro das competências do EEESCJ, uma vez que este tem como área de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010b), pelo que durante as consultas é aplicada a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada. Uma das principais diferenças que constatei nas consultas em que participei foi que, nas consultas realizadas pelos EG, a avaliação do crescimento e desenvolvimento era efetuada pelo médico de família, ao passo que nas consultas realizadas pelo EE era o mesmo quem aplicava a escala.

Tendo em mente a importância da avaliação e promoção do desenvolvimento da criança e do jovem, e sendo a mesma uma unidade de competência do EEESCJ preconizada pela OE (2010b), delineei, como objetivo específico deste estágio, **“desenvolver competências no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança”**. Para tal, antes de iniciar o estágio procurei aprofundar conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), **analizando** o mesmo e **revendo** os conteúdos letivos, bem como alguns artigos científicos, acerca dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança.

Com o início do estágio tive oportunidade de **observar o EE durante as consultas** e de perceber que, nas consultas, o foco de intervenção é dirigido para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, utilizando como instrumento de avaliação a escala mencionada, e proporcionando orientação antecipatória à família, como forma de capacitar os pais na prestação de cuidados. O mesmo vai ao encontro da filosofia dos CCF, pois os pais devem ser verdadeiros

parceiros no processo de cuidados, por serem quem melhor conhece a criança (Castelo & Fernandes, 2009), bem como ao encontro do indicado pela OE (2011a), pois é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotar os pais de competências que permitam a prestação de cuidados aos filhos. Além disso, **colaborei nas consultas**, nomeadamente na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, bem como na realização de **registos de enfermagem**, quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, quer no sistema informático. Perto do final do estágio tive oportunidade de realizar, autonomamente, consultas, aplicando a escala e realizando ensinamentos de acordo com as necessidades encontradas. Todas as atividades executadas permitiram o desenvolvimento de competências nesta área de atuação particular do EE. Por forma a consolidar as competências desenvolvidas e promover a reflexão, efetuei um **diário de campo**, intitulado: Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (Apêndice III), no qual espelho a avaliação do crescimento e desenvolvimento de uma criança realizada durante a consulta de saúde infantil, implementando a escala referida, fazendo, também, um confronto com a evidência científica.

Como supracitado, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem nas consultas de SIJ permite, verificar se existem alterações ao desenvolvimento saudável da criança, possibilitando o diagnóstico precoce e a intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança ou jovem, sendo esta outra unidade de competência do EEESCJ (OE, 2010b), como foi o caso do P., um bebé de 6 meses, até então, saudável e com um crescimento e desenvolvimento dentro dos padrões esperáveis. Durante uma consulta de SIJ com a EE, foi verificado que o P. apresentava uma ligeira diminuição da força à direita, tanto no membro superior como no membro inferior. Quando questionada, a mãe afirmou não ter reparado. Como tal, foi comunicado ao médico e, em equipa, foi decidido efetuar uma consulta de vigilância num espaço de tempo mais curto do que é preconizado no PNSIJ. Na semana seguinte, verificou-se que a diminuição da força era mais acentuada, pelo que, novamente em conjunto com o médico, foi decidido encaminhar o P. para o hospital de referência para ser observado pela especialidade correspondente. As ações tomadas vão ao encontro do referido por Castelo e Fernandes (2009, p. 17), quando afirmam que “a identificação de sinais de alarme deve ter como consequência uma

reavaliação mais cuidada e com um intervalo de tempo inferior ao habitualmente previsto. Caso as preocupações se confirmem, é fundamental o envio a uma consulta especializada de referência”.

Importa salientar que a avaliação do crescimento e desenvolvimento também é efetuada nas visitas domiciliárias (VD) realizadas ao recém-nascido (RN) e na sala de vacinação.

A VD é uma excelente oportunidade para uma colheita de dados mais exata sobre a estrutura familiar e o ambiente habitacional, mas também sobre o ambiente onde a família está inserida e o seu comportamento nesse ambiente. Além disso, a VD ao RN permite a avaliação das competências parentais, pois uma das competências do EEESCJ é promover a vinculação, de forma sistemática, principalmente no caso do RN pré-termo doente ou com necessidades especiais (OE, 2010b). Com o nascimento de um filho, inicia-se um processo de transição, no qual o casal assume uma nova dimensão - ser pais (Cardoso, Silva & Marín, 2015). A oportunidade de participar em VD permitiu-me avaliar as competências parentais, no sentido de perceber a resposta dos pais às necessidades do RN, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, também foram **esclarecidas dúvidas** existentes e realizado o **teste de Guthrie**, nos RN que ainda não o tinham feito. O realizado vai ao encontro do preconizado pela OE (2015, p. 11), pois o EEESCJ deve colaborar com cada família “na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos”.

Na sala de vacinação tive oportunidade de aprofundar outra competência do EEESCJ preconizada pela OE (2010b, p. 4) uma vez que o EE deve fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”. Para tal, os cuidados devem ter como base a filosofia dos cuidados não traumáticos (CNT). Estes são entendidos como “o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11-12) e compreendem três objetivos: “prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor”

(Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11-12), prevenindo, assim, o *stress* traumático que pode ocorrer nas crianças e famílias. Tendo em mente o referido, na **sala de vacinação** e sempre que se administrou uma vacina ou se realizou um procedimento doloroso, foram implementadas estratégias para **prevenção da dor**: a amamentação nos bebés, o brincar nas crianças mais pequenas e o explicar do procedimento, bem como o pedido de colaboração nas crianças mais velhas. Estas estratégias também foram importantes para a promoção de um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2015) que abordarei posteriormente.

Para a realização das consultas de SIJ, para além de conhecer o PNSIJ e saber aplicar a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, é imperativo o conhecimento de princípios e estratégias de comunicação para conduzir as consultas. Como tal, delineei como objetivo específico do estágio: “**desenvolver capacidades de comunicação com a criança e sua família nos vários estádios de desenvolvimento**”, que me permitiu ir ao encontro da unidade de competência do EEESCJ “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010b, p. 5). No início realizei uma **pesquisa bibliográfica**, nomeadamente acerca dos princípios e estratégias de comunicação, ao mesmo tempo que pude **observar as diferentes enfermeiras na interação** com a criança e a sua família. A deslocação à sala de espera para cumprimentar e receber a criança e a família, ou para se apresentar no caso de ser uma primeira consulta, bem como o encorajar os pais a falar e a expor as suas dúvidas e preocupações através de uma conversa coloquial, foram estratégias observadas que incutem um sentimento de confiança no profissional, mas também, conhecimento mútuo e o estabelecimento de uma relação terapêutica. Além disso, quando é uma criança que vem à consulta, iniciar a mesma com questões dirigidas aos pais, deixando-a explorar e familiarizar-se com o ambiente, mas quando é um jovem, a abordagem deve ser contrária, ou seja, este deve ser o foco da interação desde o início. Estratégias de comunicação não-verbal também foram observadas, uma vez que, em pediatria, estas têm um papel fulcral no estabelecimento da relação, sendo exemplos: a postura, os gestos, o toque, o olhar, o sorriso, entre outras.

Com o participar nas consultas, consegui utilizar algumas das estratégias referidas, bem como algumas **técnicas de comunicação** referidas na literatura. Destaco o **brincar** como a técnica mais utilizada nas consultas, tanto pelas

enfermeiras com quem estive, como por mim. O brincar, além de ser a principal atividade da criança, é a sua linguagem universal, sendo, por isso, considerada como uma das técnicas de comunicação mais importante, mas também, um instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, impulsionador do mesmo (Hockenberry, 2014).

Dada a importância da temática da comunicação em pediatria, optei por organizar um **dossier temático** (Apêndice IV), constituído por artigos, guias e capítulos de livros consultados, no qual foi, também, incluída a formação sugerida pela Enf.^a orientadora, intitulada: Processo de comunicação com a criança e com o jovem em contexto de cuidados de saúde.

O último objetivo específico que estabeleci foi “**desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família**”. Para cumprir tal objetivo, planeei diversas atividades, sendo duas delas: identificar as necessidades emocionais da criança e sua família, através da **observação participativa** nos cuidados de enfermagem e promover o crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso às 5 componentes do Modelo TEEP (Diogo, 2017). O trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012) está implícito na construção da relação de cuidados (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcober & Holman, 2007) e implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência não-perturbadora. Significa cuidar dos clientes transmitindo tranquilidade e calma, mas também segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que estes se sintam cuidados e confiantes. Nesta lógica, a afetividade é considerada como uma estratégia específica necessária para regular as próprias emoções e as emoções dos outros (Diogo, 2015). Dada a sua importância optei por realizar um **registo reflexivo** onde evidencio a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil com recurso às componentes do Modelo TEEP de Diogo (2017) (Apêndice V).

Ao longo do estágio tentei promover reuniões de equipa nas quais houvesse partilha de sentimentos e experiências vivenciadas, promovendo a disposição emocional para cuidar dos enfermeiros, bem como uma discussão e reflexão sobre as práticas, sendo esta uma atividade que propus para cumprir o objetivo referido. Contudo, senti alguma resistência por parte da equipa, afirmando que não era exequível devido à falta de tempo. Assim, e uma vez que tinha planeado como última atividade a elaboração de um **jornal de aprendizagem** sobre a gestão emocional

duma situação concreta de cuidados protagonizada (Apêndice VI), decidi incidir o mesmo numa situação causadora de emoções perturbadoras ao enfermeiro, no sentido de promover a autorreflexão sobre a importância da regulação da disposição emocional para cuidar dos enfermeiros.

Por último, falta-me abordar uma das atividades desenvolvidas para concluir este objetivo específico, sendo a mesma: identificação de diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, através da **observação da prática e dos registos de enfermagem no sistema informático**, sendo este o SClinico. Após apresentar e discutir o Guia previamente referido com a Enf.^a orientadora, a mesma prontificou-se para me mostrar os diagnósticos/focos de intervenção existentes no sistema. Pude constatar que existem dois, a vinculação e o papel parental, sendo que só a vinculação é que é utilizado. O sistema só permite que o diagnóstico/foco de intervenção referido seja utilizado até aos 3 anos de idade da criança. Como intervenções são levantadas as seguintes: avaliar a vinculação da criança e dos pais, avaliar comportamentos de vinculação e avaliar conhecimentos da mãe e do pai sobre vinculação. Dada a inexistência de outros diagnósticos no sistema, questionei o que era registado em notas de enfermagem, tendo oportunidade de verificar que não eram efetuadas notas de enfermagem, para além do registo das intervenções efetuadas, sendo somente registado, em alerta, algum apontamento importante como vacinas em atraso, alguma nota importante para o médico, entre outros. Contudo, a Enf.^a assegurou-me que a avaliação do TEEP era feita de forma informal, tendo comprovado o mesmo ao longo do estágio. Durante o estágio fui tentando transmitir a importância do registo do TEEP com recurso à evidência científica, referenciando autores como: Honoré (2014) e Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes e Fonseca (2017). Segundo Honoré (2014), aos gestos de enfermagem relacionados com aspetos emocionais não é dada a visibilidade necessária porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora para o cliente estes sejam muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, na capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções. Segundo Diogo et al. (2017), o reconhecimento da

dimensão emocional de cuidar em pediatria, bem como o trabalho emocional dos enfermeiros, são campos de intervenção da enfermagem com resultados visíveis, embora não quantificáveis, pois o TEEP mantém-se subvalorizado e, por vezes, pouco consciente. Contudo, com a utilização das tecnologias de informação em saúde, é possível expandir a dimensão emocional do cuidar.

4.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP onde estagiei pertence a um hospital de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa. O mesmo funciona no Piso 0 do edifício central, pertencendo à dinâmica funcional do Departamento de Urgência/Emergência. Está dividido, em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica, sendo a equipa de enfermagem comum, e é composta por diversos setores: a Triage, a Sala de Tratamentos A e B, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), Sala de Reanimação e o apoio à Cirurgia/Ortopedia, Otorrinolaringologia e Pedopsiquiatria, pelos quais os enfermeiros se distribuem. O serviço recebe crianças e jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, indo ao encontro da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) ratificada por Portugal (1990), onde se institui que: “a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (UNICEF, 1990, p. 6). A unidade destina-se ao atendimento da criança/jovem, em situação de urgência, sendo esta definida como qualquer situação clínica de aparecimento súbito, na qual se verifica a existência de risco de compromisso ou falência das funções vitais (DGS, 2014).

Neste contexto, o período de estágio foi iniciado com as atividades que permitiram dar resposta ao objetivo específico: **“conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional do Serviço de Urgência Pediátrica”**. Assim, comecei por apresentar o Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II) à enfermeira orientadora, que concordou com a pertinência dos objetivos que tinha delineado para este estágio, contudo referiu que seria pertinente apresentá-lo, também, à Enf.^a Chefe e assim o fiz. Ao apresentar o guia à Enf.^a Chefe, a mesma sugeriu que direcionasse, ainda mais, as minhas atividades para a temática do meu trabalho, com a realização de uma entrevista a um enfermeiro perito, possivelmente a enfermeira que me estava a orientar, no sentido de identificar das estratégias utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida

pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo. Assim, acrescentei a atividade proposta ao guia pois considerei ser benéfica para o meu percurso formativo. Além disso, consultei os protocolos, normas e projetos existentes no serviço, nomeadamente procedimentos relativos ao atendimento da criança e do jovem, triagem canadiana, procedimento de atuação em caso de emergência, entre outros, permitindo que tomasse conhecimento da dinâmica organizacional e estrutural do SUP.

Ao longo do estágio tive oportunidade de **participar ativamente na prestação de cuidados** de enfermagem nas diversas valências do SUP, em conjunto com a Enf.^a orientadora, contribuindo, assim, para alcançar os objetivos definidos, particularmente o objetivo: “**adquirir/consolidar conhecimentos sobre a prática de cuidados especializados à criança e família em situação de urgência/emergência**”. A admissão no SUP é uma experiência emocional pautada, normalmente, por uma tonalidade negativa, uma vez que a criança/jovem permanece num ambiente estranho e ameaçador, onde está sujeito a experiências que podem causar medo e dor (Sanders, 2014).

A **sala de triagem** é onde acontece o primeiro contacto com a criança e família, mas também, onde é realizada a triagem das crianças e jovens que recorrem à urgência, através do sistema de **Triagem Canadiana - Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale**. Este sistema constitui uma ferramenta que permite a identificação da prioridade clínica e a definição respetiva do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso. A aquisição de competências foi evidente, pois exigiu de um vasto conjunto de conhecimentos sobre diversas doenças da idade pediátrica, para posteriormente implementar as respostas de enfermagem apropriadas, indo ao encontro da unidade de competência: “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010b, p. 3). A avaliação da criança/jovem implica uma colheita de dados o mais completa possível, como tal, exige **capacidades comunicacionais e relacionais** do enfermeiro, no sentido de rapidamente conseguir compreender o motivo de vinda à urgência e detetar situações de maior complexidade, indo ao encontro do preconizado pela OE (2010b, p. 5) como unidade de competência: “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”. A comunicação estabelecida entre

enfermeiro e a família é fundamental para a compreensão dos sinais e sintomas que motivaram o recurso a um serviço de urgência. Como referido, a sala de triagem é o local onde é estabelecido o primeiro contacto com os pais/acompanhantes, estes vêm, muitas vezes, munidos de sentimentos como ansiedade, insegurança, medo. Como tal, compete ao EE valorizar as queixas apresentadas pelos pais e tranquilizá-los, transmitindo-lhes, concomitantemente, segurança e confiança, permitindo, assim, atenuar a experiência possivelmente negativa. Além disso, sendo, também, o primeiro contacto com a criança, é fulcral estabelecer bases para **uma relação de confiança**. Assim, neste local, tive oportunidade de por em prática algumas das estratégias estudadas. Por exemplo, no caso de um *toddler*, permitir que a avaliação seja realizada sempre ao colo dos pais, e para, por exemplo, avaliar a temperatura timpânica, dizer “queres ouvir uma música no teu ouvido?”, fazendo referência ao sinal sonoro, ao passo que, numa criança em idade pré-escolar perguntava se queria falar ao telefone. Os *toddlers* e pré-escolares são egocêntricos, ou seja, veem as coisas em função de si e do seu ponto de vista, focando a comunicação nelas próprias (Hockenberry, 2014). Outro exemplo a salientar é aquando da colocação da pulseira de identificação na criança. No caso dos *toddlers* e pré-escolares compreendi que com a minha intenção de colocar a pulseira, começavam a chorar, ao passo que se fosse a mãe ou pai a coloca-la, a mesma era aceite. Já as crianças em idade escolar estendiam o braço sem medo, querendo ajudar na sua colocação. A triagem do adolescente requer a adoção de uma postura diferente, uma vez que o discurso é focado nele, sendo o mesmo quem fornece os dados e explica o que o levou a recorrer ao serviço de urgência. Os pais apenas o complementam se solicitados, permitindo que o adolescente se sinta valorizado. Também a explicação dos procedimentos é feita de uma forma mais pormenorizada, possibilitando, assim, a construção da relação.

A **sala de tratamentos** é o local onde existe maior proximidade entre o enfermeiro e a criança e família. É neste local que se realizam procedimentos, tais como, colheitas de espécimes, realização de aerossóis, colocação de cateteres venosos periféricos, administração de terapêutica, entre outros. Aqui tive a oportunidade de **observar e colaborar** com a Enf.^a na **gestão diferenciada da dor**, indo ao encontro da competência do EEES CJ (OE, 2010b) e tendo em mente um cuidar não traumático, utilizando, para tal, estratégias como a sucção não nutritiva, o

uso de anestésicos tópicos, o recurso ao brinquedo, o uso de técnicas de distração, a presença dos pais, entre outros. Explicar o procedimento e pedir a colaboração da criança são duas estratégias que foram fundamentais na prestação de cuidados, atendendo ao estágio de desenvolvimento da criança. Por exemplo, quando foi necessário efetuar uma colheita de sangue a uma criança de 10 anos, explicar-lhe o procedimento e deixá-la ver o material, permitiu tranquilizar a mesma. Além disso, pedir a sua colaboração possibilitou que a mesma sentisse algum controlo na situação, pois foi exequível dar-lhe tempo para que a mesma se sentisse preparada.

Apesar de não ter sido referido, a triagem permite, também, o reconhecimento de **situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte**, sendo necessária a prestação de cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2010b). Nestas situações, as crianças são imediatamente transferidas para a **sala de reanimação** ou para a **UICD**, de acordo com a gravidade da situação. Como tal, procurei ir ao encontro do referido por Phaneuf (2005) adotando estratégias com o objetivo de ajudar o outro, manifestando interesse e atenção pelo mesmo, dando-lhe um sentido mais profundo. Assim, nestas situações procurei ir transmitindo informações aos pais, sempre que possível, assegurando que a equipa estava a prestar cuidados de excelência, com o objetivo de os tranquilizar e de promover a confiança na equipa.

Na UICD tive, também, oportunidade de realizar **ensinos** previamente à **alta hospitalar** da criança e confirmar as **orientações** dadas relativamente a **sinais de agravamento e à vigilância de saúde** posterior, permitindo que os pais se sintam mais seguros no cuidar da criança, bem como a aquisição de novas competências por parte dos mesmos, indo ao encontro da unidade de competência “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” preconizada pela OE (2011b, p. 3). Além disso, pude colaborar na preparação da criança e família para o internamento ou para a intervenção cirúrgica, minimizando as consequências da doença e da hospitalização na criança e família.

Por último, defini como terceiro objetivo para este estágio: “**desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família**”. Ao longo do estágio foi possível identificar as necessidades emocionais da criança e sua família, quer pela observação da EE, quer pela prestação cuidados de enfermagem, tendo sido descritas ao longo do presente capítulo. Contudo, tornou-se pertinente a análise mais

pormenorizada de uma experiência emocionalmente intensa, sob a forma de **jornal de aprendizagem**, onde fossem mobilizadas estratégias e instrumentos terapêuticos, de forma a promover a gestão emocional dos clientes (Apêndice VII), possibilitando a modificação de estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar, potenciando o autocontrolo emocional e a conquista da confiança da criança e família nos enfermeiros (Diogo, 2015).

No sentido de promover a **reflexão** e a **aquisição e consolidação** de competências, conhecimentos e habilidades especializadas, na área do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, e indo ao encontro do sugerido pela Enf.^a Chefe, optei por realizar uma **entrevista semiestruturada a um enfermeiro perito**, no sentido de identificar das estratégias utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo (Apêndice VIII).

Como última atividade planeada para dar resposta ao objetivo delineado, e de forma a ir ao encontro do meu trabalho, direcionado para os irmãos das crianças doentes, proporcionou-se a criação de um **espaço de partilha com intencionalidade terapêutica** com 3 irmãos de crianças que recorreram ao SUP (Apêndice IX), através do qual foi possível a gestão de sentimento negativos, transformando a ida ao SUP numa experiência não-perturbadora. A atividade foi extremamente relevante para o meu percurso enquanto EE, pois permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades especializadas, na área do TEEP, nomeadamente acerca das estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança doente.

4.3. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

A UMAD onde estagiei pertence a um hospital de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e é formada pelas enfermeiras da consulta externa, estando, cada uma, responsável pelas crianças de um determinado grupo de doenças, dividindo-se em: gastroenterologia / neonatologia, neurologia / neonatologia, doenças metabólicas / pneumologia e pneumologia. Nesta unidade são realizadas VD quatro dias por semana, sendo cada dia destinado às crianças de um dos grupos referidos.

Tendo por base o respeito pelo princípio 1 da Carta da Criança Hospitalizada: “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados

necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p. 11), quando a criança é hospitalizada tenta-se que o seu internamento seja o mais curto possível, ou seja, que a sua alta seja o mais rapidamente possível, evitando, também, o reinternamento. Contudo, assiste-se, atualmente, a um número crescente de crianças com necessidade de cuidados especiais em casa, resultante do respeito pelo princípio evocado. Outro fator contributivo para tal é o avanço da tecnologia em saúde, que permite que as crianças que necessitem de cuidados dependentes de equipamentos tecnológicos possam estar no domicílio, com maior segurança. A UMAD, numa colaboração com a Fundação do Gil, surge, então, como alternativa ao internamento hospitalar de longa duração, para crianças com doenças crónicas dependentes de tecnologia de suporte. Assim, a unidade tem como objetivos: a vigilância e apoio domiciliário ao doente pediátrico com doença crónica, com necessidades de apoios técnicos e terapêuticos no domicílio, em fase de estabilização clínica, a capacitação e autonomização da família no cuidado à criança e a reintegração da criança e família no mundo exterior e na vida escolar.

Durante as VD tive oportunidade de **colaborar** com as enfermeiras na **prestação de cuidados** às crianças, evitando, assim, as idas sucessivas ao hospital e possíveis reinternamentos. Além disso, pude verificar que os cuidados prestados não se limitam à criança, **envolvendo toda a família**, indo, assim, ao encontro da unidade de competência “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2010b, p. 3)

Sendo um estágio de uma semana, delineei como objetivo principal: **“desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família”**, tendo como finalidade **compreender e identificar os principais stressores vivenciados** pela família, principalmente pelo **irmão da criança doente**, na transição do hospital para o domicílio. Assim, ao longo das VD, consegui compreender de que modo os pais destas crianças se adaptavam aos novos papéis, percebendo, também, quais as suas **principais necessidades** e quais as **dificuldades** sentidas durante a **transição do hospital para o domicílio**. Foi possível perceber que, ao prestarem cuidados técnicos ao seu filho, os pais começam a ter uma noção diferente do seu papel enquanto pais. O mesmo vai ao encontro do referido por Kirk, Glendinning e Callery (2005) pois,

segundo os autores, os pais sentem-se mais enfermeiros do que pais, contribuindo, também, para tal o ambiente do domicílio, uma vez que, devido a todo o equipamento necessário, o quarto assemelha-se ao quarto de um hospital. Assim, procurei **minimizar as dificuldades sentidas pelos pais**, reforçando o seu papel enquanto pais e **promovendo a adaptação** dos mesmos, e da criança, à doença (OE, 2010b).

Infelizmente, ao longo das VD realizadas não tive muito contacto com irmãos das crianças doentes, uma vez que os mesmos se encontravam, normalmente, na escola à hora da VD, sendo, por isso difícil compreender e identificar dos principais stressores vivenciados pelos mesmos. Contudo, aproveitei a única situação em que a irmã da criança doente estava em casa para intervir junto da mesma, após consentimento dos pais, tendo, posteriormente, efetuado um **jornal de aprendizagem** (Apêndice X), no qual procurei espelhar a situação vivida e as estratégias e intervenções mobilizadas, no sentido de evidenciar o trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

4.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN onde estagiei pertence a um hospital de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa. A mesma funciona no Piso 1 do edifício central, pertencendo à dinâmica funcional do Departamento de Pediatria. A UCIN está dividida por duas salas de cuidados intensivos, cada uma com capacidade para oito RN. Contudo, devido à falta de recursos materiais e humanos, uma das salas ficou destinada a RN em cuidados intermédios, com apenas quatro vagas em funcionamento. Ambas as salas encontram-se dotadas com os equipamentos necessários à prestação de cuidados diferenciados, sendo internados RN com necessidades de cuidados especiais à nascença ou até ao 28º dia de vida por motivo de prematuridade, patologia médica e/ou cirúrgica. Porém, ao estar inserida num dos únicos hospitais da área com cirurgias especializadas em cirurgia neonatal, a maioria dos RN internados na unidade tem, principalmente, patologias do foro cirúrgico. Importa salientar que o que diferencia a unidade de intensivos da unidade de intermédios é a instabilidade hemodinâmica do neonato, ou seja, quando internado nos cuidados intensivos, o RN apresenta uma maior fragilidade hemodinâmica que requer cuidados de enfermagem mais frequentes e complexos. A equipa de enfermagem é comum, ficando distribuída com o rácio de 1:4 na unidade de intermédios e 1:2 na unidade de intensivos. A

mesma trabalha segundo o método individualizado de cuidados, embora seja atribuído um enfermeiro de referência na admissão do RN, ficando, este responsável por acompanhar o RN e família durante o internamento.

Neste contexto, o período de estágio iniciou com as atividades que deram resposta ao primeiro objetivo específico que propus: **“conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais”**, tendo começado por apresentar o Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II). A enfermeira orientadora concordou com a pertinência dos objetivos que tinha delineado para este estágio. Posteriormente, consultei os protocolos, normas e projetos existentes no serviço, bem como os processos clínicos, o Manual de Acolhimento e Integração ao Enfermeiro na Unidade, entre outros, permitindo que tomasse conhecimento da dinâmica organizacional e estrutural da UCIN.

Enquanto enfermeira nunca exerci funções numa UCIN. Como tal, delineei como objetivo: **“prestar cuidados especializados ao recém-nascido e família”**. Como forma de **adquirir e aprofundar conhecimentos** na área da neonatologia, optei por participar, como formanda, no **III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”** (Anexo II), tendo efetuado uma **síntese dos conteúdos apresentados** (Apêndice XI). No início do estágio tive oportunidade de colaborar com a EE na **prestação de cuidados** ao RN e família, conseguindo compreender que um dos focos da sua intervenção era a promoção da vinculação, sendo esta uma competência do EEESCJ preconizada pela OE (2010b, p. 5): “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”.

A vinculação é um processo contínuo que se inicia na gravidez, que se desenvolve após o parto e que inclui as ligações afetivas entre os pais e o RN, envolvendo um processo recíproco de mudança, em que se torna essencial a observação entre os pais e o bebé (Wheeler, 2014). A separação prematura do RN dos pais é numa situação impregnada de emoções perturbadoras, geradora de ansiedade para tríade (Silva, 2014). Como tal, e de forma a minimizar o comprometimento do processo de vinculação, o enfermeiro deve intervir no sentido de promover a aproximação da tríade, potenciando, assim, o desenvolvimento de uma

parentalidade positiva e implementando a parceria de cuidados. Assim, ao longo do estágio tive oportunidade de **implementar diversas estratégias promotoras da vinculação**, desde as mais simples, como pegar ao colo ou mudar a fralda, até às mais complexas como a administração da alimentação por sonda nasogástrica ou a aspiração, passando, claro, pela higiene do RN. Das estratégias implementadas, a que revelou ter um maior impacto foi a amamentação, quando possível, ou a administração de leite. No caso do T., a amamentação foi possível. Quando nasceu, o T. tinha uma atresia do esófago. No segundo dia de vida, o mesmo foi operado, tendo sido corrigida a atresia. Uns dias depois, quando o mesmo passou para a unidade de cuidados intermédios, foi negociado com os pais a possibilidade de amamentar, tendo ambos mostrado grande interesse e entusiasmo. Quando colocado à mama, não só foi visível o prazer do T., como os seus pais estavam extasiados, num turbilhão de emoções positivas, tendo ambos começado a chorar, chegando mesmo, a mãe, a afirmar que ainda não tinha sentido que era mãe, nem que aquele era o seu filho até ao momento. Infelizmente, nem sempre é possível colocar o RN à mama, dada a situação de doença do mesmo. Segundo a literatura, o leite materno é a melhor opção para a nutrição do RN, tendo inúmeras vantagens para o mesmo, como benefícios imunológicos e nutrientes em quantidade adequada, como para os pais, facilitando a recuperação pós-parto, sendo higiénico e económico (Wheeler, 2014). Na UCIN pude constatar que é incentivada a extração do leite através de uma bomba elétrica. Posteriormente o leite é identificado e armazenado. No momento da alimentação, quer seja por sonda ou por tetina, o leite materno é aquecido e administrado ao RN, preferencialmente, e sempre que possível, pelos pais. Este momento promove, então, a vinculação, pois o RN é aconchegado ao colo dos pais ou junto do corpo dos mesmos, sendo, por isso, um momento com uma forte componente emocional (Wheeler, 2014).

Como foi referido, a promoção da vinculação reforça o desenvolvimento de uma parentalidade positiva. Entende-se por parentalidade: “(...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...)” (OE, 2011b, p. 66). Assim, durante o internamento na UCIN foi promovido, pelos enfermeiros e por mim, através da **parceria de cuidados**, o **envolvimento dos pais** em todo o processo de

cuidar do RN, nomeadamente nos exemplos supracitados, com o intuito de **maximizar as competências parentais**, indo ao encontro da competência do EEESCJ: “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, preconizada pela OE (2010b, p. 3).

Importa salientar que a promoção da vinculação e o desenvolvimento de uma parentalidade positiva favorecem o desenvolvimento infantil. A promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável do neonato permite minimizar as consequências que o nascimento precoce pode trazer para a sua vida futura, adquirindo, por isso, um grande enfoque para o enfermeiro na UCIN, a par de ser uma unidade de competência do EEESCJ (OE, 2010b). Como tal, durante o estágio **planeie e prestei cuidados ao RN e família**, de forma autónoma, no sentido de **maximizar o seu potencial de desenvolvimento**, respeitando o nível de desenvolvimento do RN e as necessidades de sono e descanso, bem como, adequando a intensidade e qualidade dos estímulos ao desenvolvimento cognitivo, providenciando posicionamentos corretos e promovendo o contacto pele a pele com os pais, como sugerido na literatura (Santos, 2011).

Uma das atividades propostas para concretizar o objetivo específico supramencionado foi a: **“identificação das estratégias utilizadas pelo EESIP para a integração e participação da família nos cuidados ao RN, com especial enfoque na integração dos irmãos, através da observação participativa nos cuidados de enfermagem”**. As estratégias referidas fazem menção da integração e participação dos pais nos cuidados ao RN. Na UCIN pude constatar que os irmãos, a par dos pais, não são considerados visita, ou seja, podem permanecer no serviço 24 horas, ao passo que as visitas só podem comparecer entre as 14 e as 16 horas. Assim, durante o estágio tive a oportunidade de **prestar cuidados aos irmãos** do RN prematuro, preparando-os para a visita, quando era a primeira visita, explicando a tecnologia envolvente, os cuidados a ter com o RN e esclarecendo possíveis dúvidas, ações corroboradas pela literatura, uma vez que “o contacto com a criança parece ter um efeito positivo sobre os irmãos, ajudando-os a lidar com a realidade, em vez de se manterem numa fantasia bizarra muito própria das crianças” (Askin & Wilson, 2014, p. 360). Importa salientar que as visitas dos irmãos reforçam o vínculo familiar, a par de aumentarem a união da família.

O terceiro, e último, objetivo que redigi para o presente estágio foi: **“desenvolver estratégias de gestão emocional do RN e família”**. A admissão e internamento de um RN na UCIN são experiências causadoras de ansiedade nos pais, sendo agravadas pelas características físicas do ambiente, pelas exigências técnicas do serviço e pela situação de saúde do RN. É visível, nos pais, a manutenção de um estado emocional caracterizado por elevados níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Costa, 2003; Dyer, 2005; Nicolaou & Glazebrook, 2008; Mills, Ricklesford, Cooke, Heazell, Witworth & Lavender, 2014), que pode ter um impacto na forma como estes se relacionam com o RN, com implicações negativas no desenvolvimento posterior da criança e que pode inviabilizar a transição para o papel parental, dificultando a adaptação à nova etapa de vida (Meleis, 2010). Assim, torna-se essencial ao cuidar na UCIN a compreensão das emoções vividas pelos pais, uma vez que a prática de cuidados de enfermagem não pode ser separada da compreensão das emoções, devido à sua importância no estabelecimento da relação terapêutica (Maunder, 2008). Para tal, os enfermeiros utilizam o modelo TEEP (Diogo, 2017) para cuidar, não só do RN, mas também dos pais. Dada a sua importância, optei por efetuar um registo reflexivo intitulado: **“Cuidar da criança e família na UCIN: aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica”**, onde analiso a prática de cuidados prestados pelos enfermeiros da UCIN, bem como por mim, à luz do modelo referido (Apêndice XII).

Apesar da sua importância, o TEEP é pouco valorizado, quer pelas instituições de saúde, quer pelos próprios enfermeiros, não sendo, por isso, considerado objeto de reflexão e/ou sustentação em evidência científica (Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Martins & Fernandes, 2017). Contudo, para o cliente, o TEEP é fulcral pois ajuda-o a ultrapassar as experiências emocionais perturbadoras, promovendo o alívio e o bem-estar do mesmo e influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar (Diogo, 2015), permitindo ao cliente o desenvolvimento de mecanismos que o auxiliam ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto (Honoré, 2004). Assim, procurei **identificar diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional**, através **observação da prática e dos registos de enfermagem** no sistema informático, no SClínico. Junto da Enf.^a orientadora pude verificar que são utilizados dois diagnósticos/focos de intervenção: a vinculação e o papel parental.

Relativamente às intervenções, constatei que, para ambos, eram levantadas intervenções exequíveis e que iam ao encontro dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Posteriormente, questioneei o que era registado em notas de enfermagem, tendo oportunidade de verificar que era registada a presença dos pais no turno, os telefonemas recebidos, o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, os ensinamentos efetuados sobre os cuidados à criança, o estado emocional dos pais, o encaminhamento para outros profissionais de saúde, entre outros. Tendo em mente que, com a utilização das tecnologias de informação em saúde, é possível expandir a dimensão emocional do cuidar (Diogo et al., 2017), sugeri a realização de uma **formação**, dirigida aos enfermeiros, intitulada: “**O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN - Registos no Sistema Informático**”, na qual procurei transmitir a importância do registo do TEEP e demonstrar que outros diagnósticos/focos de intervenção podem ser utilizados como forma de potenciar os registos (Apêndice XIII).

Outra atividade projetada foi a **promoção de reuniões em equipa para a partilha, discussão e reflexão sobre as práticas, no âmbito do trabalho emocional**. Informalmente, tentei promover o referido durante as passagens de turno, com questões pontuais que ocorreram durante o turno, e mesmo durante a prestação de cuidados, perante algumas conversas com os pais ou até mesmo entre os colegas. Penso ter conseguido fomentar, junto de alguns colegas, principalmente da Enf.^a orientadora, a importância da partilha, discussão e reflexão sobre as práticas no âmbito do trabalho emocional. Não obstante, decidi deixar no serviço tanto a apresentação da formação que realizei, como o registo reflexivo da prática de cuidados prestados na UCIN à luz do modelo TEEP.

Para finalizar, e tendo em conta que a prematuridade pode conduzir à morte do RN (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014), procurei perceber o **impacto emocional causado pela morte da criança nos irmãos** e quais as **estratégias de enfermagem** utilizadas para minimizar a experiência vivida. A relação entre irmãos será, provavelmente, mais duradoura do que qualquer outra relação na vida de uma pessoa, e desempenha um papel essencial na vida das famílias (Howe & Recchia, 2014). Como tal, a morte de um irmão pode ser potencialmente traumática para a criança, podendo os seus efeitos ser sentidos durante muito tempo, uma vez que a criança tem de lidar com a própria dor e desgosto, mas também com a dor dos pais e

da restante família (Avelin, Gyllensward, Erlandsson & Radestad, 2014). Assim, decidi realizar uma **entrevista semiestruturada a uma enfermeira perita**, na qual foram colocadas questões relacionadas com o tema: **luto fraterno e o impacto emocional da morte da criança nos irmãos** (Apêndice XIV), o que me permitiu, também, o desenvolvimento da unidade de competência: “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” preconizada pela OE (2010b, p. 4).

4.5. Serviço de Internamento de Pediatria

O meu percurso formativo culminou com o estágio em um serviço de pediatria oncológica da região de Lisboa, no qual estão englobados o serviço de internamento de pediatria, a consulta externa de pediatria e o hospital de dia pediátrico. Segundo o preconizado na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) ratificada por Portugal em 1990 (UNICEF, 1990), o serviço deveria receber crianças até aos 17 anos e 364 dias, mas por falta de recursos humanos, materiais e físicos, este serviço recebe apenas as crianças até aos 15 anos e 364 dias de idade, bem como as suas famílias. Contudo, se o diagnóstico da criança tiver sido efetuado dentro da idade descrita, mas durante os tratamentos a criança a ultrapasse, a mesma continua a ser seguida pelo serviço. O mesmo acontece se a criança tiver uma recaída, após algum tempo de remissão. A missão do serviço centra-se na assistência global à criança e família com cancro, na qual são englobados os irmãos, com acompanhamento durante o diagnóstico, o estadiamento, o tratamento curativo e paliativo e em fim de vida. Como o meu trabalho se focaliza na prestação de cuidados paliativos, optei por permanecer no SIP, local onde se encontram o maior número de crianças e famílias a requerer esta tipologia de cuidados.

O SIP está dividido em quartos singulares, em quartos com duas vagas, em enfermarias com 4 vagas e em quartos de isolamento com pressão positiva, tendo, no total, a capacidade para receber 23 crianças, seja em berço ou em cama. Importa salientar que somente 22 das vagas podem ser ocupadas diariamente, uma vez que, ao não existir um serviço de urgência pediátrica no hospital, as crianças que são seguidas no serviço devem deslocar-se ao hospital de dia de pediatria, no horário de funcionamento, ou ao SIP, após o encerramento do hospital de dia de pediatria, em caso de urgência, ficando, se necessário, internadas na 23ª vaga do SIP. Além disso,

no SIP existe uma unidade de especial vigilância (UEV), com capacidade para 3 crianças, para onde são transferidas as crianças com maior instabilidade hemodinâmica. Existe, também, uma sala de atividades lúdicas, a sala dos adolescentes, a escola, diversos gabinetes de consulta e salas de apoio, além da sala dos médicos, sala de enfermagem, sala da enfermeira chefe e sala de tratamentos.

O método de trabalho utilizado no SIP é o método individual de trabalho, sendo distribuídas as crianças tendo em conta a complexidade de cuidados que requerem. Quando a criança e família requerem a prestação de cuidados paliativos, é atribuído um enfermeiro de referência, sendo valorizada a escolha da criança e família pela proximidade de relação estabelecida, durante o processo de doença. Assim, é possível humanizar os cuidados, minimizando os efeitos negativos das experiências de doença e internamento na criança e família (Lemos, Pereira, Andrade, & Andrade, 2010).

Como nos contextos anteriores, o período de estágio iniciou com as atividades que deram resposta ao objetivo específico: **“conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional do serviço de Internamento de Pediatria”**. Assim, comecei por apresentar o Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II), à Enf.^a orientadora, que concordou com a pertinência dos objetivos que tinha delineado para este estágio. Contudo, dado o grau de complexidade dos cuidados prestados e o número de crianças instáveis no serviço, a Enf.^a considerou que não seria possível a realização da atividade: “organizar um grupo de pais para partilha de preocupações relacionadas com os irmãos e ajuda na reflexão sobre estratégias para minimizar as repercussões nos irmãos”, tendo sugerido que, durante as primeiras semanas, efetuasse um diagnóstico de situação, onde identificasse uma necessidade do serviço para, posteriormente propor uma forma de a colmatar. Para finalizar este objetivo, procedi à consulta de manuais, normas e procedimentos do serviço, bem como à consulta dos processos clínicos.

Com o início do estágio tive a oportunidade de **colaborar** com a Enf.^a orientadora na prestação de cuidados à criança e família, indo, assim, ao encontro do segundo objetivo por mim delineado: **“prestar cuidados especializados à criança e família em processo paliativo”**. Para facilitar a realização do trabalho que propus, a Enf.^a orientadora solicitou, junto da equipa, que nós, ela e consequentemente eu, ficássemos a prestar cuidados paliativos a uma criança e sua família. No início do

estágio não se encontrava internada nenhuma criança e família em cuidados paliativos, pelo que tive oportunidade de fazer o levantamento do diagnóstico de situação sugerido.

A elaboração do **diagnóstico de situação** torna-se pertinente, num contexto formativo, pois possibilita um conhecimento aprofundado da prática de cuidados de enfermagem à criança e família. Refletir sobre as práticas de cuidados, permitiu-me atender às especificidades com que me deparei através da implementação de atividades ajustadas às minhas necessidades formativas e às necessidades do serviço, havendo, desta forma, uma convergência de interesses que conduziu a uma satisfação de todos os intervenientes e não apenas dos meus interesses individuais, profissionais e académicos. Para concretizar este diagnóstico foi fundamental a reflexão e partilha de informação com a enfermeira chefe, com a enfermeira orientadora e com os elementos da equipa de enfermagem, que se disponibilizaram para o esclarecimento de dúvidas e aclarar algumas especificidades do contexto. Assim, com a **participação nos cuidados**, ao longo dos turnos, consegui compreender que a implementação do sistema de registo informático tinha sido recente, motivo pelo qual os enfermeiros do serviço manifestaram a necessidade de desenvolver competências na área. A informatização dos registos clínicos promove a sistematização e uniformização de procedimentos, numa melhoria da organização do armazenamento das informações de saúde (Rocha, 2012). Segundo a OE (2001, p. 18) é fulcral a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”. Uma vez que trabalho com o sistema de registo informático implementado, o SClinico, propus a **elaboração de uma tabela** que facilitasse e uniformizasse os registos (Apêndice XV), pois é através das tecnologias de informação em saúde que é possível melhorar o acesso, o custo e a qualidade de cuidados, potenciando a produção de informação e a acessibilidade dessa informação por diferentes utilizadores. Além disso, as mesmas permitem, não só, produzir e monitorizar indicadores de qualidade de cuidados, bem como o mostrar o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde da população (OE, 2001). A realização desta atividade permitiu, também, a concretização de uma ação de formação acerca do registo do TEEP, que abordarei posteriormente.

Com o desenrolar do estágio tive oportunidade **de prestar cuidados a algumas crianças em processo paliativo e suas famílias**, em conjunto com a EE, quer por progressão da doença, quer por agravamento repentino do estado geral, indo ao encontro da unidade de competência preconizada pela OE (2010b, p. 4): “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”. Como foi previamente referido, quando as crianças necessitam de cuidados paliativos, é-lhes atribuído um enfermeiro de referência. Como tal, segui o modelo assistencial de enfermagem de referência implementado neste serviço, em conjunto com a Enf.^a orientadora. A minha intervenção como **enfermeira de referência** possibilitou-me a deteção das necessidades específicas da criança e família, na qual estão incluídos os irmãos, garantindo, na prática, um cuidar personalizado e humanizado.

Com a prestação de cuidados à criança em processo paliativo e sua família, pude **identificar as necessidades emocionais** dos mesmos, com enfoque nos **irmãos**, sendo esta uma das atividades propostas para dar resposta ao terceiro, e último, objetivo por mim eleito: “**desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em processo paliativo, com especial enfoque nos irmãos**”. Ao longo do estágio foram diversas as necessidades dos irmãos que pude identificar. Uma situação particular que me marcou foi a situação do G., um rapaz de 5 anos cujo irmão de 1 ano ficou internado. Quando conheci a família, no momento da admissão, a mãe afirmou que iria ficar presente no internamento, ficando o pai encarregado de cuidar do G. Inicialmente previa-se uma situação com um desfecho relativamente rápido, dado o prognóstico reservado do irmão do G. Contudo, a situação foi-se prolongando por algumas semanas. Lembro-me de um dia, no final do turno da manhã, ouvir gritos no corredor. Apressadamente desloquei-me para ver o que se passava, tendo constatado que era o G. quem estava a gritar pedindo à sua mãe para ir para casa cuidar dele, enquanto chorava. Enquanto o pai o levava ao colo para fora do serviço, o G. continuava a gritar, dizendo que ele também era importante e também precisava que a mãe cuidasse dele. Assim, fui ter com a sua mãe, que se encontrava no quarto com a criança doente. Quando entrei no quarto, a mesma estava a chorar. Ao sentir a minha presença, a mãe do G. perguntou-me como deveria agir perante a situação, pois não queria deixar a criança doente sozinha, nem queria que o G. sofresse com a sua ausência. Sugeri-lhe que alternasse a permanência no hospital

com o pai do G., ficando um em casa com o G. e o outro no hospital com a criança doente. Além disso, sugeri-lhe que, quando fosse a casa para ficar com o G., planeasse atividades com o mesmo, nas quais ele fosse o foco da atenção, evitando, assim que o mesmo se voltasse a sentir abandonado ou isolado. As **intervenções propostas** vão ao encontro da literatura, quando, por exemplo, Ethier (2014, p. 946) refere que os enfermeiros devem encorajar “os pais a passarem tempo com a outra criança [a criança saudável], durante o qual o foco esteja sobre ela”. A presente situação contribuiu, também, para a aquisição de uma competência de EEESCJ preconizada pela OE (2010b, p. 3): “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”.

Ao longo do estágio tive oportunidade de identificar diversas necessidades dos irmãos. Como tal, propus a realização de um **jornal de aprendizagem** (Apêndice XVI) no qual analiso o impacto e as repercussões emocionais dos irmãos da criança em processo paliativo, propondo, simultaneamente, estratégias para minimizar o impacto e as repercussões emocionais.

Como fio condutor do percurso formativo, defini como problema e objeto de estudo as vivências dos irmãos da criança em processo paliativo, bem como as estratégias de enfermagem que visam diminuir o impacto e repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo. A literatura explana que a criança em cuidados paliativos torna-se, por necessidade, o foco da atenção e preocupação dos pais. As hospitalizações e consultas médicas frequentes quebram a rotina familiar, colocando os irmãos em segundo plano, ficando, estes, muitas vezes em casa de familiares ou amigos. Concomitantemente, os feriados, férias e outros eventos especiais não são aproveitados da mesma forma e os pais podem não ser capazes de comparecer com frequência às atividades escolares ou outras atividades dos irmãos, podendo igualmente não estar física e emocionalmente disponíveis para eles, afetando a qualidade das relações. Além disso, os recursos financeiros são direcionados para a criança doente (Lane & Mason, 2014). Assim, com o intuito de **promover a reflexão sobre as práticas instituídas**, propus, como atividade para dar resposta ao objetivo supramencionado, uma **sessão de análise de práticas**, que teve como **ponto de partida o artigo científico “Meeting the Needs of Sibling of Children with Life-Limiting Illnesses”** e cujo objetivo passou por identificar as

necessidades dos irmãos da criança doente, explanando algumas estratégias de enfermagem que podem ser implementadas para colmatar essas necessidades (Apêndice XVII).

Uma das últimas atividades que propus realizar passou pela **identificação dos diagnósticos de natureza emocional existentes no sistema informático**, analisando o seu registo, pois é tão importante implementar estratégias que visam diminuir o impacto e repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo como registá-las no sistema informático, para que seja dada continuidade ao executado. Com o diagnóstico de situação efetuado pude compreender as limitações nos registos efetuados no sistema informático, ainda assim, procurei analisar o registo do TEEP efetuado no SClinico. Com a Enf.^a orientadora pude constatar que era registado o estado emocional da criança através da utilização de expressões como: bem-disposto, calmo, comunicativo / pouco comunicativo, a brincar, triste, ansioso, irritado, colaborante, entre outros. A literatura diz-nos que, para a criança e família, os gestos relacionados com os aspetos emocionais são muito importantes, uma vez que permitem transformar sentimentos negativos numa experiência não-perturbadora, permitindo, também, o desenvolvimento de mecanismos de *coping*, mecanismos que auxiliam a criança e família a ultrapassar situações emocionalmente intensas (Honoré, 2004). Assim, com o intuito de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e neles próprios (Diogo, 2015). Sabendo que com a utilização das tecnologias de informação em saúde, é possível expandir a dimensão emocional do cuidar (Diogo et al., 2017), sugeri a realização de uma **formação**, dirigida aos enfermeiros, intitulada: “**O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no Internamento de Pediatria - Registos no Sistema Informático**”, na qual procurei transmitir a importância do registo do TEEP e demonstrar os diagnósticos/focos de intervenção e as intervenções podem ser utilizados como forma de potenciar os registos, bem como a informação a registar em notas gerais (Apêndice XVIII).

A formação em serviço constitui um modo de transmissão e mobilização de conhecimentos e experiências facilitador da aprendizagem. Quando se verifica a necessidade de aprofundar determinado tema, torna-se pertinente que seja criado um momento para o efeito. Assim, com última atividade do estágio propus a realização de

uma **ação de formação** intitulada: “**Cuidar da criança em processo paliativo e da sua família: estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos**” (Apêndice XIX), tendo definido como objetivo geral: refletir sobre a vivência emocional dos irmãos de crianças em cuidados paliativos. A presente atividade possibilitou a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem, incitando o seu interesse pelo tema. Além disso, a sessão permitiu o desenvolvimento e o treino de competências de EEESCJ, nomeadamente na **sensibilização de profissionais** para a vivência emocional dos irmãos de crianças em cuidados paliativos, elucidando sobre impacto e repercussões da doença da criança na dinâmica familiar e, principalmente, na vida e desenvolvimento dos irmãos e aclarando quais as estratégias de enfermagem que podem ser implementadas para diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo.

5. PROJETOS FUTUROS

A realização de estágios em diferentes contextos na área especializada da saúde infantil e pediatria permitiu concretizar diversas atividades e colaborar nos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e à família, desenvolvendo competências de EEESCJ preconizadas pela OE (2010b).

Através das competências desenvolvidas e dos conhecimentos adquiridos, com base na prática reflexiva e na aprendizagem experiencial, posso afirmar que atingi os objetivos por mim propostos inicialmente, percorrendo agora um caminho no sentido de uma constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança em processo paliativo e sua família, com especial enfoque no suporte emocional nos irmãos da criança. Tal só é possível transpondo todas as aprendizagens do período de estágio, todos os conhecimentos das sessões letivas e das pesquisas e todas as competências e habilidades adquiridas para o meu dia-a-dia, tornando, assim, a minha prática de cuidados mais especializada, com suporte na evidência científica.

Do percurso realizado emergiram ambições para a realização de iniciativas futuras. Este projeto futuro, direcionado à equipa de enfermagem do serviço de internamento onde desempenho funções, no qual, ocasionalmente, são prestados cuidados paliativos pediátricos, emerge de um conhecimento oriundo dos contributos das experiências de estágio e de uma prática reflexiva com base em evidência científica. Além disso, a sua concretização coaduna-se com a transformação pessoal e profissional resultante deste percurso formativo. O alcance deste projeto visa contribuir para a promoção de boas práticas em enfermagem nos cuidados à criança em processo paliativo e sua família. A motivação para desenhar este projeto surgiu, também, da necessidade de garantir a humanização, a qualidade e a uniformização dos cuidados prestados à criança e família. A implementação prática deste projeto num futuro próximo permitir-me-á ser um profissional de referência, na instituição onde exerço funções.

Numa primeira fase, pretendo dinamizar ações de formação dirigidas aos enfermeiros do serviço, com o intuito de promover a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo. Para tal proponho um plano de formação constituído por três módulos:

1 - O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;

2 - Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua Família: Estratégias de Enfermagem que visam a Gestão Emocional nos Irmãos;

3 - O Registo no Sistema Informático.

Assim, irei sustentar a posição de formador e recorrer ao método expositivo e à reflexão sobre as práticas, através da apresentação em PowerPoint para realizar sessões com um intervalo máximo de tempo de 6 meses. A avaliação das sessões será fundamental para perceber se as formações estão a ir ao encontro das expectativas dos formandos, bem como para perceber as necessidades do grupo, adequando as formações às mesmas.

Numa segunda fase, e indo ao encontro do preconizado pela OE (2011a, p.3), quando afirma que o EEESCJ “presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte é família/pessoa significativa”, pretendo desenvolver ações de sensibilização dirigidas aos pais das crianças, no sentido de minimizar o impacto e as repercussões emocionais dos irmãos da criança doente. Assim, poderei concretizar a atividade que propus para realizar no SIP, mas que não foi exequível devido a condicionantes do serviço.

Importa referir que os resultados do trabalho desenvolvido serão divulgados em publicações e conferências sobre a temática, privilegiando os conhecimentos advindos desta experiência, perspetivando a investigação em enfermagem.

6. CONCLUSÃO

O término de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados, mas sobretudo uma reflexão acerca da aprendizagem que resultou dessa experiência. A realização deste relatório constituiu uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora concluo. Foi uma aprendizagem contínua que se traduziu numa reflexão crítica inerente em toda sua elaboração, submetendo-me a um desenvolvimento de competências e habilidades e à mobilização de conhecimentos. Procurei, em toda a sua extensão, revelar o percurso e os resultados do trabalho de aprendizagem na prestação de cuidados globais à criança e à sua família no decorrer do estágio como EEESCJ. Os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, sendo adaptados a cada contexto e vivência.

Além de ser uma forma de avaliação, este relatório possibilitou efetuar uma análise crítica do desempenho e do desenvolvimento das competências durante o processo de aprendizagem, assim como refletir sobre a intervenção do EEESCJ, permitindo aprimorar o pensamento reflexivo e autocrítico relativo ao percurso pessoal e profissional que desenvolvi.

A metodologia utilizada foi facilitadora de todo o processo, pois a utilização de um método descritivo da aprendizagem permitiu-me consolidar os conhecimentos adquiridos incorporando-os nas experiências vivenciadas, possibilitando, também, a aquisição de competências na área de saúde infantil e pediatria. Além disso, a adoção de processos reflexivos na aprendizagem em estágio, permitiu uma postura de análise e introspeção do trabalho desenvolvido, com a finalidade de dar visibilidade aos conhecimentos adquiridos.

Efetivamente, todo este percurso foi pautado pela motivação e empenho de prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência à criança e à sua família, principalmente, aos irmãos da mesma, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

O ato de Cuidar, fenómeno central na prática de enfermagem, envolve uma interação que considera o cliente como um ser único, singular e com necessidades próprias. Neuman defende que a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa (Lawson, 2014). O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que sustentou e orientou toda a prática ao longo deste percurso, defende uma visão holística da pessoa,

perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress* (Lawson, 2014).

As estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo foi a problemática central do projeto desenvolvido em estágio. As atividades realizadas em cada contexto permitiram dar resposta aos objetivos traçados, adquirindo e desenvolvendo, simultaneamente, as competências do EEESCJ. Corroborando, Oliveira (2009) afirma que o EE deve ser um agente de mudança, deve ser capaz de colaborar e demonstrar eficácia nas contribuições que ajudam a obter a qualidade do cuidado ao doente, bem como o desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Como tal, a minha intervenção, nos diferentes contextos, foi como elemento facilitador da integração das estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo nos cuidados prestados. Sensibilizei as equipas para a sua importância, munindo-as de conhecimentos teóricos, que, aliados a técnicas de comunicação, rentabilizam o tempo efetivo para cuidarmos da criança e família e, principalmente, dos irmãos. Os resultados alcançados sustentam a intenção de uma prática baseada na evidência, a qual ajuda a delimitar os focos de atenção dos enfermeiros, a fundamentar o processo de tomada de decisão e a potenciar intervenções eficazes, intentando um profissionalismo de excelência.

Desta forma, os estágios apresentaram-se como um importante contributo para o crescimento pessoal e profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O meu desempenho implicou um conhecimento teórico sólido e uma utilização idónea desse conhecimento na prática. As experiências vivenciadas e partilhadas foram valiosas fontes de reflexão, sendo a prática reflexiva um pilar metodológico do percurso formativo ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Este relatório é fruto de um grande esforço e dedicação, de convergência de interesses e da conciliação das necessidades de todos os intervenientes. Toda esta experiência é detentora de grande riqueza, pela contemplação dos diferentes contextos de atuação em enfermagem, palco de interações que consolidaram os conteúdos teorizados ao longo do presente curso de mestrado. Cada momento de enriquecimento pessoal será recordado como fonte de inspiração para um cuidar humanizado de qualidade.

Note-se que se verificaram limitações que condicionaram algumas das atividades inicialmente planeadas. Mas na minha perspectiva, a capacidade em contornar as imprevisibilidades com criatividade, é uma das características que o enfermeiro especialista deve desenvolver, priorizando sempre a qualidade dos cuidados a prestar. Desta forma, considero que as limitações encontradas foram superadas o melhor possível, tendo sempre em mente a concretização dos objetivos propostos e por conseguinte, a aquisição das competências do enfermeiro especialista.

A elaboração deste relatório fez-me ter consciência do quão importante é a reflexão escrita, reconhecendo-o como um instrumento fundamental para consolidar as aprendizagens e incorporar as competências adquiridas.

Assim, neste final experimento uma sensação de satisfação na concretização dos objetivos propostos, perpetuando o meu investimento nesta área através da implementação de um projeto futuro. Esta será uma atitude ativa na busca de novas perspectivas de pensar, de agir e de sentir, face às alterações das práticas de saúde, com um verdadeiro contributo para a progressão da enfermagem enquanto ciência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2002). Escola Reflexiva e Desenvolvimento Institucional. Que Novas Funções Supervisivas? In: Oliveira-Formosinho, J. (org.). *A Supervisão na Formação de Professores I. Da Sala à Escola*. (217–238). Porto: Porto Editora.
- Avelin, P., Gyllensward, G., Erlandsson, K. & Radestad, I. (2014). Adolescents' experiences of having a stillborn half-sibling. *Death Studies*. 38. 557-562.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de Enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13(2). 11-18.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Boon, A. (2012). *Excellence through Patient and Family Centred Care: Literature Review*. Nova Zelândia: Bay of Plenty District Health Board.
- Cardoso, A., Silva, A. P. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4. 11-20.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castelo, T. & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 31 (1). 12-17.
- Chambers, L., Dodd, W., McCulloch, R., McNamara-Goodger, K., Thompson, A., Widdas, D. & Johnson, M. (2009). *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*. Disponível em: http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0001/1649/ACT_Guide_to_Developing_Services.pdf. Acedido a: 23/03/2017.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Costa, A. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing - Revista de formação contínua em enfermagem* (edição portuguesa). (176). 19-22.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). *Diário da República*, 1ª Série, N.º 38 (22-02-2008) 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. *Diário da República*, 1ª série, N.º 149 (05-08-2014) 4069-4071.

- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Acedido a: 08/12/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante - O trabalho emocional em enfermagem. *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148 – 159.
- Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2. 1632-1642.
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhantes: determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 1-43). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N. & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de Enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 77-103). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H. & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 149-194). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

- Direção-Geral de Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Dyer, K (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*. 24(3), 35-45.
- Ethier, A. (2014). Cuidados centrados na família em situações de fim de vida. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 931-963). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- European Association for Palliative Care (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens – Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*. 16(3). 84-87.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 13(2). 45-60.
- Field, M. J., Behrman, R. E. (2003). *When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington: The National Academies Press.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 49-70). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perfectivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 1-20). Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Howe, N. & Recchia, H. (2014). *Sibling Relations and Their Impact on Children's Development*. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/peer->

relations/according-experts/sibling-relations-and-their-impact-childrens-development. Acedido a 30/03/2017.

- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6). 859–61.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Consultado em 05/01/2018, disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero* (3ª ed.). Barcelona: Masson: Elsevier España.
- Kirk, S., Glendinning, C., & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being a parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing*. 5. pp. 456-464.
- Kolb, D. (1984). *Experimental learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lacerda A. (2016). Cuidados Paliativos Pediátricos. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. *Manual de cuidados paliativos*. (3ª edição). (p. 503-527) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Lacerda, A., Dinis, A., Romão, A., Menezes, B., Pinto, C., Calado, E., ..., Franco, T., (2014). Cuidados Paliativos Pediátricos: Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República 2.ª série*, N.º 132 (11-07-2014) 8286-A/2014 e 8956/2014.
- Lane, C. & Mason, J. (2014). Meeting the Needs of Sibling of Children with Life-Limiting Illnesses. *Nursing Children and Young People*. 26(3). 16-20.
- Lawson, T. (2014). Systems Model. In M. Alligood (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work*. (8ª ed.). (p. 281-303). Missouri: Elsevier Mosby.
- Lemos, L., Pereira, W., Andrade, J. & Andrade, A. (2010). Vamos cuidar com brinquedos? *Rev Bras Enferm*, 63(6). 950–5.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*. 21(1). 30-47.

- Maunder, E. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*. 14(1). 45-50.
- McCormarck, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479.
- McCormarck, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ..., Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*. 5(Spec). Article 1.
- McElfresh, P. & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mills, T.A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A.E., Whitworth M. & Lavender, T. (2014). Parent's experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*. 121(8). 943-950.
- Murray, J. (2000). A Concept Analysis of Social Support as Experienced by Siblings of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 15(5). 313-322.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Nicolaou, M. & Glazebrook, C. (2008). Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and Child Health*. 18(4). 196-199.
- Oliveira, M. (2009). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. *Nursing*. 243. 18-23.
- Orloff, S. & Jones, B. (2011). Psychosocial Needs of the Child and Family. In: B. Carter, M. Levetown & S. Friebert. *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2ª Edição). (p. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). o Lugar do Afecto na Prática e Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 12(2). 71-81.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). 132-135.
- Rocha, B. G. (2012). *Adopção de Standars no Registo Clínico de Enfermagem - Estudo de Caso em Hospital Português* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2943/3/DM_10734.pdf.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*. XX(1). 26-31.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profiissionses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.
- Soveral, M. (1996). *O sujeito em formação, o desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da relação pedagógica*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/284>.
- Swanson, K (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 25. 352-357.
- UNICEF. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança: Adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 27/12/2017. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 240-293). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I:

Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Ano	2017/2018																			
Mês	Set./Out.	Out./Nov.					Nov./Dez.				Dez.				Jan./Fev.					Fev.
Dias Serviço	25 1	2 8	9 15	16 22	23 29	30 5	6 12	13 19	20 26	27 3	4 10	11 17	18 24	25 31	1 7	8 14	15 21	22 28	29 4	5 11
Cuidados de Saúde Primários													Férias de Natal							
Urgência Pediátrica																				
Unidade Móvel de Apoio Domiciliário																				
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																				
Internamento de Pediatria																				

Apêndice II:

Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Lisboa

2017 / 2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017 / 2018

LISTA DE SIGLAS

CPP - Cuidados Paliativos Pediátricos

CS - Centro de Saúde

DCC - Doença Crónica Complexa

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-Nascido

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2. OBJETIVOS, ATIVIDADES, TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS .	10
2.1.Cuidados de Saúde Primários	11
2.2.Urgência Pediátrica	14
2.3.Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)	16
2.4.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)	17
2.5.Internamento de Pediatria.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

O guia orientador das atividades de estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tem como finalidade facilitar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O presente guia encontra-se inserido no trabalho intitulado: “Cuidar da criança em processo paliativo e da sua família: estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos”, através do qual pretendo encetar um percurso de formação, que partiu da necessidade de aprofundar e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria com especial enfoque nas questões relacionadas com gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo, destacando a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EEESCJ) na sensibilização para esta problemática. Pretendo, assim, melhorar a qualidade nos cuidados de saúde prestados à criança, ao jovem e à sua família e isso, por si só, constitui um marco importante para a evolução dos cuidados de enfermagem e para a excelência do exercício da profissão.

A problemática resulta, desta forma, de uma necessidade identificada por mim, mas que é transversal à disciplina de enfermagem. Assim, no âmbito do cuidar da criança e da sua família no processo de saúde-doença pretendo aprofundar e desenvolver estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos da criança em processo paliativo.

A evolução na enfermagem tem por base as mudanças nos vários contextos, sendo estes, socioeconómicos, culturais, políticos e tecnológicos. O cuidar continua a ser um desafio para a profissão, uma vez que cada pessoa é diferente, possuindo valores, emoções e crenças diferentes, sendo necessário uma individualização dos cuidados.

Como profissão que cuida do outro, de forma holística e humanizada, a enfermagem, na área especializada de saúde infantil e pediatria, tem como objetivo a maximização da saúde da criança, satisfazendo as suas necessidades nas diferentes

etapas do desenvolvimento, ou seja, a otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

A OE distingue as competências de enfermeiro especialista das de generalista, defendendo que o primeiro deve, no desempenho das suas funções, demonstrar uma prestação de cuidados de nível avançado, que só é conseguida através do desenvolvimento de uma capacidade reflexiva que o conduza a um cuidado de excelência (OE, 2010). Assim, torna-se fundamental utilizar o modelo de aprendizagem reflexiva, de modo a contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva e de uma enfermagem avançada (Benner, 2001).

A metodologia a adotar nos estágios vai ao encontro do supracitado e consiste na reflexão sobre as práticas no cuidado emocional à criança e à sua família, perspetivando uma reelaboração da prática de cuidado emocional em pediatria, reconstruindo os saberes preexistentes e confrontando-os com os novos desafios da prática.

Os resultados expetáveis, deste percurso, visam um trabalho emocional mais explícito e visível pelo desenvolvimento de uma prática reflexiva, permitindo a obtenção das competências necessárias para gerir adequadamente as experiências emocionalmente intensas em pediatria e ajudar na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados à criança e à sua família (Diogo, 2015).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Portugal, entre 1987 e 2011, a taxa bruta de mortalidade infantil baixou de 118 para 30:100.000. Neste período, 27,2% das mortes pediátricas ocorreram devido a doença crónica complexa (DCC) – “qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários diferentes sistemas ou um órgão de forma suficientemente grave” (Lacerda et al., 2014, p. 6), sendo que, a maioria tinha menos de um ano de idade. Contudo, verifica-se um aumento da média de idades, passando de 6 meses para 4 anos e 4 meses, evidenciando um aumento do tempo de sobrevivência das crianças. As principais causas de morte por DCC no primeiro ano de vida são: doenças neuromusculares, cardiovasculares e alterações congénitas ou genéticas. Dos 1-17 anos prevalecem o cancro, doenças neuromusculares e cardiovasculares (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016).

Um estudo de prevalência (32:10.000) aplicado em Portugal em 2013, revela que existem cerca de 6050 crianças com necessidades paliativas pediátricas, sendo um direito humano básico das mesmas o acesso aos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) (Barbosa, et al., 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CPP são definidos como (European Association For Palliative Care, 2009):

- Cuidados ativos e globais à criança, corpo, mente e espírito, incluindo, igualmente, o suporte familiar;
- Devem ser implementados quando uma doença ameaçadora da vida é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não tratamento dirigido à doença;
- Os prestadores de cuidados devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança;
- Exigem uma abordagem ampla e multidisciplinar, que inclui a família, e utiliza os recursos comunitários disponíveis;
- Podem ser prestados em centros terciários, nos cuidados de saúde primários ou no domicílio.

Assim, englobam os cuidados à criança e à sua família (Cullen, 2014). O conceito de família é vasto e complexo, sendo atualmente definido como uma “instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos

duradouros e representam diferentes e semelhantes gerações e géneros, participam nos papéis que contribuem para a socialização mutua, desenvolvimento e compromisso emocional” (Hockenberry, 2014, p. 50).

Os problemas de saúde de uma criança despoletam na família um conjunto de vivências e de necessidades que, segundo uma perspetiva holística, contemplam todas as dimensões da pessoa: cognitiva, emocional, comportamental, relacional e espiritual (Sousa & Sousa, 2007, citando Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003). A compreensão das vivências e a identificação e satisfação das suas necessidades contribuem para diminuir a influência negativa deste evento (Sousa & Sousa, 2007, citando Bragadóttir, 1999; Sabatés & Borba, 2005). O reconhecimento deste impacto na família deve ser, particularmente, analisado em termos da vivência dos irmãos da criança em CPP.

A relação entre irmãos será, provavelmente, mais duradoura do que qualquer outra relação na vida de uma pessoa e desempenha um papel essencial das famílias (Howe & Recchia, 2014). O suporte para os irmãos é uma das necessidades identificadas pela família. Estes experienciam a doença do irmão de forma particular, requerendo apoio a diversos níveis. “o estágio de desenvolvimento e o nível de maturidade dos irmãos irá ter uma forte influência nos sentimentos e comportamentos exibidos” (Ethier, 2014, p. 946). Sentimentos de abandono, culpa e vergonha podem ser experienciados pelos irmãos saudáveis, pois sentem um ressentimento adicional devido aos cuidados especiais prestados ao irmão doente (Ethier, 2014).

Por outro lado, os irmãos saudáveis podem experienciar outro tipo de perdas, como a perda do papel de irmão mais novo ou mais velho e a perda, temporária, dos pais, em caso de hospitalização da criança doente. Além disso, alterações de rotinas familiares, como a diminuição de atividades no exterior e de atividades em família, podem gerar sentimento de revolta e de raiva contra o irmão doente (Orloff & Jones, 2011).

Outras questões evidenciadas são a inversão de papéis do irmão mais velho; a superproteção; as dificuldades/problemas escolares, como os elevados/baixos resultados e/ou agressividade com os colegas; problemas alimentares; perturbações do sono; enurese e fraca representação de si.

Assim, torna-se pertinente que os enfermeiros estejam sensíveis e compreendam o impacto e as repercussões emocionais da doença no irmão, de forma

a desempenharem um trabalho emocional que visa facilitar a gestão emocional e capacitar para uma vivência adaptativa dos irmãos da criança em CPP. O conceito de trabalho emocional teve origem na sociologia e foi definido como a capacidade de induzir ou suprimir sentimentos “de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p.7). O mesmo foi aplicado e desenvolvido na área da enfermagem nos estudos efetuados por Pam Smith (1992, 2002) assumindo como o papel de transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença (Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016), através das cinco componentes identificadas por Diogo (2015): promover um ambiente seguro e afetoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros).

Desta forma, “além de todos os conhecimentos e saber técnico-científicos que os enfermeiros possuem e colocam nas suas ações, devem estar atentos a outras necessidades (...) que podem ser cruciais para o sucesso da intervenção” (Rama & Lourenço, 2015, p. 38-39). O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tem como função cuidar da criança e da sua família em situação DCC, sendo os CPP exemplo disso, contemplando, assim, todas as dimensões do cuidar, incluindo a dimensão emocional, segundo a perspetiva holística (Rama & Lourenço, 2015).

2. OBJETIVOS, ATIVIDADES, TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ (OE, 2010) as competências que me proponho desenvolver e/ou adquirir durante os diversos estágios são: assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde [competência E1]; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade [competência E2]; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem [competência E3]. Para tal, defini como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EESIP no cuidar à criança e família nos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver competências de EE no âmbito da gestão emocional da criança em processo paliativo e família, com foco no impacto e repercussões emocionais nos irmãos.

Além dos objetivos gerais, foram, também, estabelecidos objetivos específicos, atividades e as competências a desenvolver para cada contexto, em formato de tabelas.

2.1. Cuidados de Saúde Primários

Objetivos específicos	Atividades	Competências a desenvolver
Conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, em particular no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil (SIJ)	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora, no sentido de conhecer a área de abrangência do Centro de Saúde (CS), caracterização da população, a articulação com outros serviços/instituições e, ainda, as conceções e modelos orientadores das práticas; - Consulta e análise de protocolos, normas e projetos existentes no âmbito de Saúde Infantil; - Questionamento sobre a forma de organizar/preparar do Agrupamento de Centros de Saúde para dar resposta à rede de CPP; - Apresentação do presente Projeto de Estágio, de forma a avaliar a sua exequibilidade e necessidade de ajustes; - Observação da dinâmica durante o atendimento aos utentes. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; C - Domínio da Gestão dos Cuidados.
Desenvolver competências no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, bem como acerca dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança; - Observação do EESIP na avaliação e atuação em consulta de vigilância de saúde infantil; 	<u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da intervenção do EESIP e participação na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem através da utilização dos instrumentos preconizados; - Realização de registos de enfermagem, no sistema informático, no âmbito da consulta de SIJ; - Elaboração de um diário de campo sobre uma avaliação a uma criança. 	ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3; E3.4).
Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e sua família nos vários estádios de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, nomeadamente acerca dos princípios e estratégias, de forma a comunicar adequadamente com a criança e família tendo em conta o seu nível educacional, emoções, crenças, valores e cultura; - Observação da interação do EESIP com a criança e sua família; - Participação nas Consultas de SIJ, utilizando técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, à sua condição de saúde e nível de compreensão dos pais; - Elaboração de um dossier temático sobre técnicas de comunicação; - Realização de uma ação de formação dirigida aos enfermeiros, resultante do dossier elaborado, intitulada: Processo de comunicação com a criança e com o jovem em contexto de cuidados de saúde. 	<u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3).
Desenvolver estratégias de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e sua família, através da observação participativa nos cuidados de enfermagem; 	<u>Competências Gerais do EE:</u> D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

emocional da criança e família	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso às 5 componentes do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Elaboração de um registo reflexivo; - Promoção de reuniões em equipa para a partilha, discussão e reflexão sobre as práticas, no âmbito da regulação emocional para cuidar (análise de situações de cuidados ou análise de artigos); - Identificação de diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, através observação da prática e dos registos de enfermagem no sistema informático; - Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a gestão emocional numa situação concreta de cuidados que irei protagonizar. 	<u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.2).
--------------------------------	--	---

2.2. Urgência Pediátrica

Objetivos específicos	Atividades	Competências a desenvolver
Conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional do serviço de Urgência Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora, no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço, caracterização da população e a articulação com outros serviços/instituições, e ainda, as conceções/modelos orientadores da prática clínica; - Consulta e análise de protocolos, normas e projetos existentes; - Apresentação do presente Projeto de Estágio, de forma a avaliar a sua exequibilidade e necessidade de ajustes; - Observação da dinâmica e orientação das práticas (conceções e modelos) durante o atendimento aos utentes. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; C - Domínio da Gestão dos Cuidados.
Adquirir/consolidar conhecimentos sobre a prática de cuidados especializados à criança e família em situação de urgência/emergência.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do EESIP na prestação de cuidados e participação nos mesmos; - Identificação das estratégias desenvolvidas pelo EESIP durante o acolhimento da criança e família, no serviço de Urgência Pediátrica, através da observação participativa nos cuidados de enfermagem; - Prestação direta de cuidados à criança e família com supervisão da enfermeira orientadora; - Realização de registos de enfermagem, no sistema informático, no âmbito prestação de cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> C - Domínio da Gestão dos Cuidados; <u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2);

		<p>E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.3; E3.4).</p>
<p>Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e sua família, pela observação participativa nos cuidados de enfermagem; - Análise de uma experiência emocionalmente intensa no serviço de urgência pediátrico em jornal de aprendizagem; - Realização de uma entrevista semiestruturada a um enfermeiro perito, no sentido de identificar das estratégias utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo; - Espaço de partilha com intencionalidade terapêutica com 3 irmãos de crianças que recorreram ao serviço de urgência 	<p><u>Competências Gerais do EE:</u></p> <p>D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.</p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.2);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3; E3.4).</p>

2.3. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)

Objetivos específicos	Atividades	Competências a desenvolver
Conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora, no sentido de conhecer os serviços disponibilizado pela UMAD, caracterização da população e a articulação com outros serviços/instituições; - Consulta e análise de protocolos, normas e projetos existentes; - Apresentação do presente Guia Orientador de Atividade de Estágio, de forma a avaliar a sua exequibilidade e necessidade de ajustes; - Observação da dinâmica e orientação das práticas (concepções e modelos) durante o atendimento aos utentes. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; C - Domínio da Gestão dos Cuidados.
Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos principais stressores vivenciados pela família, principalmente pelo irmão da criança doente, na transição do hospital para o domicílio, através da observação participativa nos cuidados de enfermagem; - Prestação de cuidados, com enfoque nas necessidades emocionais dos irmãos da criança doente, mobilizando estratégias e intervenções que evidenciem o trabalho emocional nos cuidados prestados. Elaboração de um registo reflexivo acerca dos cuidados prestados. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. <u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.2); E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5).

2.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Objetivos específicos	Atividades	Competências a desenvolver
Conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora, no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço, caracterização da população e a articulação com outros serviços/instituições; - Consulta e análise de protocolos, normas e projetos existentes no serviço; - Apresentação do presente Guia Orientador de Atividade de Estágio, de forma a avaliar a sua exequibilidade e necessidade de ajustes; - Observação da dinâmica e orientação das práticas (concepções e modelos) durante o atendimento aos utentes. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; C - Domínio da Gestão dos Cuidados.
Prestar cuidados especializados ao recém-nascido (RN) e família	<ul style="list-style-type: none"> - Formanda no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”. Elaboração de uma síntese dos conteúdos apresentados; - Observação do EESIP e participação na prestação de cuidados; - Prestação direta de cuidados ao RN e família com supervisão da enfermeira orientadora, tendo em conta os cuidados promotores do desenvolvimento; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EESIP para a integração e participação da família nos cuidados ao RN, com especial enfoque na 	<u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3; E3.4).

	<p>integração dos irmãos, através da observação participativa nos cuidados de enfermagem;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem no sistema informático, no âmbito dos cuidados prestados.</p>	
Desenvolver estratégias de gestão emocional do RN e família	<p>- Análise da prática de cuidados na UCIN à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. Elaboração de um registo reflexivo intitulado: Cuidar da criança e família na UCIN: aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;</p> <p>- Promoção de reuniões em equipa para a partilha, discussão e reflexão sobre as práticas, no âmbito do trabalho emocional para cuidar;</p> <p>- Identificação dos diagnósticos de natureza emocional existentes no sistema informático, análise do seu registo e realização de ação de formação.</p> <p>-----</p> <p>- Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf. Sílvia Ramos acerca do luto fraterno e do impacto emocional da morte da criança no irmão. Elaboração de uma síntese reflexiva.</p>	<p><u>Competências Gerais do EE:</u></p> <p>B - Domínio da Melhoria dos Cuidados;</p> <p>D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.</p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1);</p> <p>E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2).</p>

2.5. Internamento de Pediatria

Objetivos específicos	Atividades	Competências a desenvolver
Conhecer a dinâmica do contexto, na sua vertente estrutural, organizacional e funcional do serviço de Internamento de Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe e/ou enfermeira orientadora, no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço, caracterização da população e a articulação com outros serviços/instituições; - Consulta e análise de protocolos, normas e projetos existentes; - Apresentação do presente Guia Orientador de Atividade de Estágio, de forma a avaliar a sua exequibilidade e necessidade de ajustes; - Observação da dinâmica e orientação das práticas (concepções e modelos) durante o atendimento aos utentes. 	<u>Competências Gerais do EE:</u> A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; C - Domínio da Gestão dos Cuidados.
Prestar cuidados especializados à criança e família em processo paliativo	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do EESIP e participação na prestação de cuidados; - Prestação direta de cuidados à criança e família com supervisão da enfermeira orientadora; - Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, à sua condição de saúde e nível de compreensão dos pais; - Identificação das estratégias de parceria com a família utilizadas pelo EESIP nos cuidados à criança, com enfoque nos irmãos, através observação participativa nos cuidados de enfermagem; 	<u>Competências Gerais do EE:</u> D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. <u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1; E1.2); E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento

	- Realização de registos de enfermagem no sistema informático, no âmbito dos cuidados prestados. Elaboração de uma tabela facilitadora dos registos de enfermagem no sistema informático.	da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3; E3.4).
Desenvolver estratégias de gestão emocional da criança e família em processo paliativo, com especial enfoque nos irmãos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e sua família, com enfoque nos irmãos, pela observação participativa nos cuidados de enfermagem; - Análise do impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo, e ainda dos recursos de apoio, através da elaboração de um jornal de aprendizagem; - Realização de uma sessão de análise das práticas (com 3 a 4 enfermeiros) tendo como ponto de partida o artigo científico intitulado: “Meeting the Needs of Sibling of Children with Life-Limiting Illnesses”; - Identificação dos diagnósticos de natureza emocional existentes no sistema informático, análise do seu registo e realização de ação de formação; - Realização de uma ação de formação dirigida aos enfermeiros, intitulada: “Cuidar da criança em processo paliativo e da sua família: estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos”, com espaço para discussão de situações da prática de cuidados. 	<p><u>Competências Gerais do EE:</u></p> <p>B - Domínio da Melhoria dos Cuidados;</p> <p>D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.</p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1);</p> <p>E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1; E2.2; E2.5);</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2).</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016) Manual de cuidados paliativos. (3ª edição). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cullen, J. (2014). Because statistics don't tell the whole Story: A call for comprehensive care for children with cancer. *American Cancer Society*. 64 (2), p. 79-82.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Baltar, P. & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642.
- Ethier, A. (2014). Cuidados centrados na família em situações de fim de vida. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 931-963). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- European Association For Palliative Care (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens – Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Hearth*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M. (2014). Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 49-70). Loures: Lusociência.
- Howe, N. & Recchia, H. (2014). *Sibling Relations and Their Impact on Children's Development*. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/peer-relations/according-experts/sibling-relations-and-their-impact-childrens-development>. Acedido a 30/03/2017.
- Lacerda, A., Dinis, A., Romão, A., Menezes, B., Pinto, C., Calado, E., ..., Franco, T., (2014). Cuidados Paliativos Pediátricos: Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República 2.ª série*, N.º 132 (11-07-2014) 8286-A/2014 e 8956/2014.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orloff, S. & Jones, B. (2011). Psychosocial Needs of the Child and Family. In: B. Carter, M. Levetown & S. Friebert. *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2ª Edição). (p. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Rama, D. & Lourenço, M. (2015). Cuidados paliativos pediátricos: necessidades específicas da criança e da família e respetivo papel do enfermeiro. *Sinais Vitais*. 120. p. 34-40.
- Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.

Apêndice III:

Diário de Campo - Consulta de Saúde Infantil e Juvenil



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Diário de Campo – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

NOTA INTRODUTÓRIA

Iniciar o percurso de aprendizagem num contexto de cuidados de saúde primários (CSP), mais concretamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), permitiu o encetar um período de novas aprendizagens e consolidação de conhecimentos já adquiridos, sendo este contexto pouco familiar para mim.

Em Portugal, os CSP são a sustentação do Serviço Nacional de Saúde na prevenção da doença e promoção da saúde da população. Nos últimos anos tem-se observado uma reorganização dos CSP, na qual a intervenção local, em rede, com relevância nas USF e com particular atenção para os cuidados centrados na família (CCF), ao longo das várias fases da vida, é enfatizada (Decreto-Lei 118/2014, 2014). A filosofia dos CCF preconiza a parceria com as famílias, otimizando os seus saberes, tendo em vista o bem-estar da criança. Nela são centrais dois conceitos, a capacitação e empoderamento, ou seja, o recurso ao uso de capacidades e competências da família, bem como ao desenvolvimento de novas ferramentas, e o reconhecimento da mudança de comportamentos como potenciador de forças internas (McCormack & McCance, 2006). Desta forma, é evidenciado o papel do enfermeiro integrado nas diferentes unidades funcionais de CSP e direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei 118/2014, 2014).

A minha integração e acolhimento na USF foi facilitada pela Enf.^a orientadora, bem como pela restante equipa multidisciplinar, uma vez que se demonstraram disponíveis para me receber e auxiliar no percurso de aprendizagem, transmitindo conhecimentos e refletindo sobre os cuidados prestados.

O presente trabalho tem como principal objetivo contribuir para a reflexão sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento de uma criança em contexto de consulta de saúde infantil e juvenil. Assim, iniciarei com uma descrição da situação. Posteriormente, apresentarei a fundamentação científica. Por último, salientarei as competências adquiridas.

1. CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Em dia de consulta de saúde infantil, a Enf.^a chama para o gabinete o T., um menino de 9 meses. Antes da família entrar no gabinete, a Enf.^a deu-me a conhecer a sua história e sugeriu que fosse eu a realizar a consulta. Disse-me, então, que a família é constituída pela Sra. D.^a P., a mãe, pelo Sr. A., o pai, e pelos J. e B., os irmãos do T. Além disso, informou-me que, uma vez que o T. era o terceiro filho, a abordagem dos cuidados antecipatórios deveria ser feita resumidamente, e não exaustivamente, como teria que ser feita numa família com uma primeira criança, numa família que a Enf.^a não conhecesse ou numa família onde a Enf.^a sentisse que era necessário aprofundar os cuidados. Assim, quando bateram à porta, abri-a para a Sra. D.^a P. e para o T., que vinha sentado no carrinho, com os “cintos” de segurança apertados. A Sra. D.^a P. entrou e cumprimentou a Enf.^a, demonstrando familiaridade com a mesma. Apresentei-me e dei indicação à mãe para começar a tirar as roupas do T. Enquanto isso, a Enf.^a foi informar à Dra. S. que o T. já estava na consulta. Sentado no carrinho e ao colo da mãe, o T. estava muito bem-disposto e sorridente, a olhar em seu redor, explorando o espaço envolvente. Quando a mãe o sentou na bancada para o despir, o T. começou a chorar. Como ainda não sabia onde estavam guardados os brinquedos, aproveitei os desenhos nas paredes para o distrair, permitindo que a mãe o conseguisse despir com tranquilidade.

Quando a Enf.^a regressou, pedi-lhe se podia ir buscar alguns brinquedos para o T. brincar, com o intuito de os utilizar na avaliação do desenvolvimento do T. Seguidamente, pedi à mãe para me disponibilizar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil do T. para poder efetuar os registos no mesmo. Assim, comecei por avaliar o crescimento do T., ou seja, pesei-o, medi o comprimento e o perímetro cefálico. Após registar os valores, tanto no Boletim como no programa informático, abri a aplicação que contém a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, tendo começado assim a avaliar o desenvolvimento do T. Como já tinha estado em interação com o T., alguns dos itens já tinham sido verificados, como por exemplo, quando o sentei na balança para o pesar, observei que o T. se mantinha sentado, sem necessidade de apoio. Contudo, a escala, no presente item de avaliação, afirma que a criança deve permanecer sentada 10 a 15 minutos. Em tempo útil de consulta, o mesmo não é exequível, pelo que questionei a mãe acerca do mesmo, tendo registado

a sua resposta. Assim, ao longo da avaliação, sempre que não foi possível avaliar um item ou em caso de dúvida, questionei a mãe acerca do mesmo com o intuito de avaliar corretamente o desenvolvimento do T., tendo registado sempre as respostas da mesma. Outro item a avaliar, segundo a escala, é: “aponta com o indicador”. O mesmo não foi visualizado durante a consulta e, quando questionada, a mãe afirmou que o T. ainda não o fazia, tendo ficado preocupada. Como tal, procurei tranquilizá-la, afirmando que muito poucas crianças o fazem com a idade do T. e dando-lhe indicação de atividades promotoras do desenvolvimento, como por exemplo, a mãe apontar para o objeto e pedir para o T. também o fazer. Contudo, associei uma nota no programa informático para, numa consulta posterior, avaliar novamente o item.

Posteriormente, a Dra. S. entrou na sala, tendo ido observar o T. Enquanto a Dra. o observava, e como não estava a necessitar de ajuda, aproveitei para conversar um pouco com a mãe, introduzindo os tópicos preconizados como cuidados antecipatórios. Comecei por questionar se tinha alguma preocupação em relação ao T., alguma dúvida ou se tinha havido alguma intercorrência desde a última consulta, perguntas às quais a Sra. D.^a P. afirmou não ter nada a declarar. Seguidamente, interroguei acerca da alimentação, o que é que o T. comia, o que já tinha sido introduzido, se já comia sólidos, entre outros, e, após a resposta da Sra. D.^a P. dei a indicação que o T. deveria começar a comer alimentos cada vez menos triturados e que devia começar a habitua-se ao regime alimentar da família, comendo sentado à mesa e à mesma hora que os pais e irmãos. Outro tópico de salientar é a segurança. Quando questionada a mãe demonstrou-se apreensiva. Assim, reforcei a necessidade de proteger as tomadas, evitar ter fios soltos, proteger a lareira, radiador ou outras fontes de aquecimento, colocar cancelas no início e fim das escadas, redes de proteção nas janelas, fechos de segurança nas portas dos armários, entre outros. Tendo em conta que o T. é o terceiro filho, e atendendo à indicação da Enf.^a, a abordagem dos cuidados antecipatórios foi feita sumariamente, para que a Sra. D.^a P. se recordasse dos cuidados a ter.

Após o termino da avaliação pela Dra. S. e da conversa comigo, a Sra. D.^a P. foi vestir o T., que se mantinha bem-disposto e sorridente a brincar. Enquanto isso, em conjunto com a Enf.^a, aproveitámos para marcar a consulta seguinte e para terminar os registos no sistema informático.

2. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O enfermeiro de família tem como cliente a família, prestando cuidados gerais e específicos à mesma nas diferentes fases da vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Decreto-Lei 118/2014, 2014). Ao nível da saúde infantil a atuação do enfermeiro de família torna-se fulcral tanto na promoção, como na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. “os enfermeiros que compreendem a dinâmica do crescimento e desenvolvimento da criança podem ajudar as famílias a lidar eficazmente com as tarefas desta idade” (Wilson, 2014, p. 588).

Torna-se pertinente a distinção entre desenvolvimento e crescimento. Amaral (2008, p. 120) define desenvolvimento como o “processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos, o qual resulta da interação de influências exteriores ao indivíduo com o próprio indivíduo congregando múltiplas potencialidades”. Por outro lado, crescimento é definido como progressões do foro estrutural que podem ser mensuráveis, como peso, altura, perímetro cefálico, entre outros. (Sheridan, 1973).

“O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções.” (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2013, p. 57). Como tal, cada competência adquirida constitui o substrato para a aprendizagem seguinte e funciona como estímulo para as novas aprendizagens. (Amaral, 2008).

Segundo a DGS (2013, p. 59):

este processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor, monitorizado através da valorização das observações dos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança – com ou sem a ajuda dos testes de desenvolvimento – deverá ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança. Além disso, dever-se-ão incluir, igualmente, ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, quer no seu processo educativo e social, quer nas áreas para as quais está particularmente apta.

Na consulta explanada, é possível compreender que o mencionado foi aplicado por mim, com supervisão da Enf.^a.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, de junho de 2013, elaborado pela DGS, designa como essencial a avaliação do desenvolvimento, assim como a sua promoção, para que a criança consiga atingir o máximo das suas potencialidades. Além disso, incute a utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, por forma a que seja realizada, com eficácia, a apreciação do desenvolvimento infantil (DGS, 2013), tendo a mesma sido utilizada por mim. A escala serve, então, como padrão de referência da normalidade, contribuindo “para focar a atenção nesta área da saúde infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento” (DGS 2013, p. 58) da criança. No mesmo programa são indicadas atividades promotoras do desenvolvimento, bem como cuidados antecipatórios para as diferentes idades.

Apesar de não ter sido mencionado de forma explícita, na situação descrita é possível verificar o papel fulcral da vinculação. A mesma pode ser aclarada como a tendência da criança “em procurar a proximidade dos pais, quando colocado em risco, e à relação que lhe permite utilizar os pais como pessoas com capacidade para restabelecer conforto, segurança e bem-estar após uma experiência desagradável” (Amaral, 2008, p. 121). O mesmo foi verificado quando o T. foi colocado na bancada para a mãe o despir. Uma vinculação segura permite à criança desenvolver capacidades de compreensão das ações, intenções e sentimentos de outros, levando-a a formar e manter relações e a aprender os comportamentos tidos como “normais” dentro da sociedade (Sheridan, Sharma & Cockerill, 2008). Quando à mesma não é proporcionado um ambiente seguro e afeto constante, desenvolve-se uma vinculação insegura, que “pode resultar em dificuldades psicossociais ao longo do crescimento da criança e pode mesmo persistir até à idade adulta” (Wilson, 2014, p. 503).

É crucial que os profissionais de saúde conheçam as diferentes etapas do desenvolvimento, de modo a identificarem os “desvios fisiológicos”, desvios à normalidade passíveis de serem corrigidos com estímulos simples, e os “desvios patológicos”, que requerem uma avaliação do desenvolvimento mais ampla e especializada, de forma a sinalizar a criança o mais precocemente, evitando o aumento de dificuldades (Pinto, 2009). É “necessário que os (...) profissionais de saúde que prestam cuidados a crianças e adolescentes compreendam o sentido abrangente do termo Desenvolvimento e estejam a par das teorias, perspetivas e

estratégias baseadas na evidência” (Amaral, 2008, p. 120). Quando percebi que o T. ainda não apontava, identifiquei um “desvio fisiológico” ao desenvolvimento. Ao notificar no sistema informático esse mesmo desvio, possibilitei que, futuramente, esta questão seja avaliada de forma a perceber se o desvio não se tornou “patológico”. Além disso, o enfermeiro deve, também, tranquilizar os pais, referindo que “os limites do normal são extraordinariamente amplos. Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento” (DGS, 2013, p.55).

Além da nossa atuação perante as alterações de desenvolvimento, enquanto enfermeiros, somos promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil, logo devemos informar sobre atividades promotoras do mesmo, ajudando os pais a estimular o desenvolvimento do seu filho, com atividades que o potenciem (DGS, 2013). “Educar crianças não é tarefa fácil; apresenta desafio tanto a pais pela primeira vez como a pais experientes” (Wilson, 2014, p. 549). Para os pais de um lactente os desafios prendem-se com a dependência, disciplina, segurança e mobilidade acrescida. Os mesmos procuram os enfermeiros para dar assistência e fazer sugestões, sendo utilizados os cuidados antecipatórios, pelos enfermeiros, para tal. O mesmo foi verificado na situação explanada (Wilson, 2014).

Importa, mais uma vez, salientar que durante todo o processo de avaliação, os pais tornam-se verdadeiros parceiros, por serem quem melhor conhece a criança, bem como os primeiros a detetar alterações (Castelo & Fernandes, 2009). “Os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela família” (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho & Barreto, 2005, p. 607). Assim, os pais não podem ser desvalorizados porque possuem informação importante, por acompanharem a criança durante todo o tempo, no ambiente em que ela se sente confortável (Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016).

Em suma, o desenvolvimento é um processo complexo, ao qual enfermeiro deve estar atento e, em conjunto com família, intervir de forma distinta e única, uma vez que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, p. 13).

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Sendo o enfermeiro, na procura constante para a sua excelência profissional, o promotor de saúde, ajudando os seus utentes “a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2012, p. 14), foi possível compreender, ao longo do trabalho, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tem como competências assistir, cuidar e intervir, com a criança e a família, na maximização da sua saúde (OE, 2010).

A disparidade existente entre o contexto onde exerço funções e o contexto de CSP levou-me a antecipar algumas dificuldades, como por exemplo o contacto com a criança saudável, a adequação da comunicação com a mesma, entre outras. As mesmas foram colmatadas com o desenvolvimento de competências e com o aprofundar de conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, bem como com a participação e orientação da Enf.^a orientadora nas consultas de vigilância de saúde infantil, realizando a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.

Assim, é-me possível afirmar que as seguintes estratégias/intervenções de enfermagem contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências referida:

- Comunicação com a criança e família, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança;
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento de um lactente com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, envolvendo a mãe;
- Observação da interação mãe-bebé e consequente avaliação da vinculação estabelecida;
- Educação para a saúde através da transmissão de informações sobre atividades promotoras do desenvolvimento e cuidados antecipatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, J. (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica*. Amadora: ABBOTT Laboratórios.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. D., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*. 39(4). 606-611.
- Castelo, T. & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 31(1). 12-17.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. *Diário da República*, 1ª série, N.º 149 (05-08-2014) 4069-4071.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 32. 248-256.
- McCormarck, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 25. 677-687.
- Sheridan, M. (1973). *From birth to five years. Children's developmental progress*. Inglaterra: NFER Publishing Company.
- Sheridan, M., Sharma, A. & Cockerill, H. (2008). *From birth to five years. Children's developmental progress*. (3ª Edição). Nova Iorque: Routledge.

- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 587-621). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 491-552). Loures: Lusociência.

Apêndice IV:

Dossier Temático - Processo de comunicação com a criança e
com o jovem em contexto de cuidados de saúde



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

***Dossier* Temático - Processo de comunicação com a criança e com o jovem em contexto de cuidados de saúde**

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Enfermeira Orientadora:

[Redacted]

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DOCUMENTOS SELECIONADOS.....	4
2. SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS.....	5
3. APRESENTAÇÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

O presente *Dossier* temático surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório pertencente ao 1º semestre do 2º ano, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no decorrer do estágio nos Cuidados de Saúde Primários. O mesmo intitula-se “Processo de comunicação com a criança e com o jovem em contexto de cuidados de saúde” e tem como objetivos: realçar a importância da comunicação terapêutica, relembrar conceitos e estratégias de comunicação com a criança e jovem, organizar e disponibilizar a informação consultada acerca da temática e simplificar a elaboração de um arquivo acerca do tema.

Este *dossier* é composto por artigos científicos pesquisados em bases de dados eletrónicas, um guia de boas práticas e um excerto de um capítulo de um livro. Para cada um foi elaborado uma síntese dos aspetos relevantes para consulta inicial, possibilitando assim a apreciação do interesse do respetivo. Para concluir, é apresentada a apresentação realizada aos enfermeiros da USF.

1. DOCUMENTOS SELECIONADOS

- Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C. & Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 15(2). 45-54.
- Dorociaki, J. & Dyniewicz, A. (2000). Importância da comunicação entre equipe de enfermagem e o paciente em pediatria. *Cogitare Enfermagem*. 5. 89-95.
- Ferreira, M. (maio-junho de 2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3). 327-330.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*. 121. 1441-1460.
- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 34(1). 37-44.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Teixeira, A., Braga, A. & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. XIII(3). 187-194.
- Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A comunicação entre Enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.

2. SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS

- Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C. & Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 15(2). 45-54

Síntese: O artigo salienta as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e o paciente pediátrico durante a hospitalização. A comunicação efetiva implica o reconhecimento mútuo, procurando a percepção das crianças e suas famílias, assim como a dos profissionais, para perceber o tipo de comunicação e relação existente. Tendo em conta o problema da pesquisa, foi utilizada uma metodologia quantitativa com o método de estudo de caso, sendo que o trabalho de campo foi desenvolvido num hospital público universitário em São Paulo. Para fazer parte do estudo foram selecionadas duas crianças em idade escolar, internadas por um período superior a uma semana. Foi realizado um acompanhamento sistemático de cada uma das crianças, por meio da técnica de observação e entrevista realizada a acompanhantes e profissionais, envolvidos nos cuidados e tratamento das crianças. Verificou-se que a comunicação é estabelecida preferencialmente entre o profissional e o acompanhante, em função da criança, mas nem sempre com a participação desta, deixando a criança para segundo plano no campo das relações.

- Dorociaki, J. & Dyniewicz, A. (2000). Importância da comunicação entre equipe de enfermagem e o paciente em pediatria. *Cogitare Enfermagem*. 5. 89-95

Síntese: O presente estudo procura salientar a importância da comunicação no cuidado de enfermagem à criança, bem como sensibilizar os enfermeiros quanto à necessidade de manter uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento do paciente pediátrico. Melhorar a comunicação com o paciente permite interagir e conhecê-lo. O estudo aborda a problemática da comunicação numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, as dificuldades encontradas e as soluções para as ultrapassar. As conclusões do estudo incentivaram a mudança de comportamento dos enfermeiros, uma vez que os despertou para problemática.

- Ferreira, M. (maio-junho de 2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3). 327-330

Síntese: O artigo centra-se na comunicação como instrumento básico do cuidado, interligando-a à dinâmica do cuidar e aos cuidados hospitalares. No mesmo foram realizadas e analisadas entrevistas, observações participantes e consultas aos prontuários. Foram identificadas múltiplas formas de comunicação, tanto verbais como não-verbais. A interação no cuidado emergiu dos encontros e conversas entre profissionais e clientes, integrando-os nos cuidados. A comunicação, quer seja de conteúdo técnico ou lúdico, comporta sempre uma interação, linguagem, gestos e cognição, tornando-se essencial na enfermagem, na sua arte e ciência do cuidado.

- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA

Síntese: No presente capítulo do livro, as primeiras páginas são dedicadas à comunicação, começando por fornecer orientações para a comunicação e para a entrevista para, posteriormente, abordar a temática da comunicação com as famílias, incluindo a comunicação com as crianças. Como ideias principais, os autores reforçam a necessidade dos enfermeiros fazerem uma apresentação adequada e garantirem a privacidade e confidencialidade, de forma a estabelecerem uma comunicação efetiva, que, quando comunicando com os pais, os enfermeiros devem ter em conta a necessidade de incentivar o seu envolvimento, escutar cuidadosamente, usar o silêncio e a empatia e que, quando comunicando com crianças, a comunicação deve atender ao estágio de desenvolvimento da mesma, enfatizando a comunicação não-verbal e as suas possíveis formas: escrever, desenhar e brincar.

- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*. 121. 1441-1460

Síntese: A comunicação em saúde é uma competência essencial para a prestação de cuidados, pelo que pode e deve ser ensinada. A comunicação influencia o cliente em todo o seu processo de saúde-doença, influenciando a adesão ao tratamento, a aceitação e adaptação à doença. O artigo apresenta uma revisão da evidência encontrada sobre a importância da comunicação em pediatria, desde os cuidados de saúde primários até ao luto, fornecendo, ainda, sugestões de melhoria da comunicação com os clientes e suas famílias, providenciando cuidados mais eficazes, eficientes e empáticos.

- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 34(1). 37-44

Síntese: O presente artigo tem como objetivo identificar a forma como o enfermeiro comunica com a criança e como a criança comunica com o enfermeiro durante a prestação de cuidados. Para tal, foi feito um estudo descritivo, utilizando conceitos vinculados às representações sociais. No estudo foram entrevistados 49 enfermeiros, em contexto hospitalar, utilizando um guião de entrevista semiestruturado. Da análise das entrevistas foi possível compreender que a comunicação é um fenómeno indissociável do cuidar à criança, transcendendo a transmissão de informações lineares. Assim, ao mapear a forma como a comunicação é efetivada no cuidar à criança, é evidenciada, não só a comunicação, mas também como a mesma se traduz, caracterizando a relevância das ações de enfermagem que apontam para uma perspetiva integral nos cuidados prestados.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Síntese: Este guia orientador de boas práticas pertence estruturar as componentes essenciais da entrevista ao adolescente, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao mesmo. Nas intervenções de enfermagem, no atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assume um lugar de relevo. Os profissionais de saúde têm a percepção de que um adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável, como tal, baseiam a sua intervenção, sobretudo, na informação. A motivação ou ambição de mudança para modificar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de diversos fatores, principalmente da motivação intrínseca, da seleção e controlo pessoal de decisões, da autoconfiança e percepção da eficácia, da ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros. No contexto de saúde no atendimento ao adolescente, a entrevista assume um papel fulcral, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências. Na entrevista, o adolescente é o protagonista da solução dos seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências. Assim, o presente guia tem como objetivos: ajudar a compreender a importância da entrevista no atendimento pelo enfermeiro ao adolescente, sistematizar diversos princípios e estratégias, com o intuito de obter informação relevante para uma melhoria na qualidade da intervenção ao adolescente e promover a standardização da entrevista de enfermagem ao adolescente.

- Teixeira, A., Braga, A. & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. XIII(3). 187-194

Síntese: A comunicação é uma competência fulcral no cuidar, sendo, por isso, um fator determinante na relação de ajuda e um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, principalmente em pediatria. O presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da comunicação com crianças entre os 7 e os 11 anos de idade, durante a punção venosa, e identificar sugestões de melhoria na comunicação durante o procedimento. O estudo desenvolvido é um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, no qual foram entrevistados 12 enfermeiros de um serviço de pediatria médica, utilizando um guião de entrevista semiestruturado. Posteriormente a informação foi analisada tendo em conta a abordagem à criança, os aspetos importantes da comunicação, as dificuldades sentidas e as sugestões de melhoria. Como resultados salienta-se que: a competência comunicativa é privilegiada na abordagem à criança, a relação de participação mútua entre o enfermeiro e a criança demonstra ser o mais importante da comunicação com a mesma, o confronto com a recusa da criança na colaboração do procedimento foi apontada como a principal dificuldade sentida pelos enfermeiros. Para melhorar a comunicação, as sugestões passam por uma diferente organização dos enfermeiros, maior implicação dos pais nos cuidados às crianças, mais formação e apoio psicológico. Assim, é confirmada, mais uma vez, a importância da temática.

- Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A comunicação entre Enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*

Síntese: A comunicação é a base da relação terapêutica, exigindo do profissional de enfermagem uma preparação nesta área. Em situações de emergência, a comunicação pode sofrer variações, por conta da própria condição preocupante, tanto para o enfermeiro, como para o cliente e família. Este estudo, através de uma pesquisa bibliográfica, objetivou realizar um levantamento das publicações produzidas a partir de 1990 acerca da comunicação entre o enfermeiro, a família e o cliente em estado crítico. A análise dos artigos mostrou que há necessidade de se implementar ações de formação acerca da comunicação entre o enfermeiro e o cliente, assim como a sistematização das orientações de modo a atender as necessidades dos familiares nesta situação e a comunicação efetiva da tríade.

3. APRESENTAÇÃO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Processo de comunicação com a
criança e com o jovem em
contexto de cuidados de saúde**

Orientado por:
Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira Especialista [REDACTED]

Realizado por:
Carolina Gomes da Costa
Nº 1677

Lisboa, 19 de Outubro de 2017

Sumário:

- ▶ O que é a Comunicação?;
- ▶ Características da comunicação;
- ▶ Comunicação nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- ▶ Orientações para comunicar com crianças;
- ▶ Orientações para comunicar com adolescentes;
- ▶ Técnicas de comunicação;
- ▶ Utilização das técnicas de comunicação na prática de cuidados;
- ▶ Conclusão;
- ▶ Referências Bibliográficas.

O que é a Comunicação?



(Dorociaki & Dyniewicz, 2000)

O que é a Comunicação?

Funções da comunicação



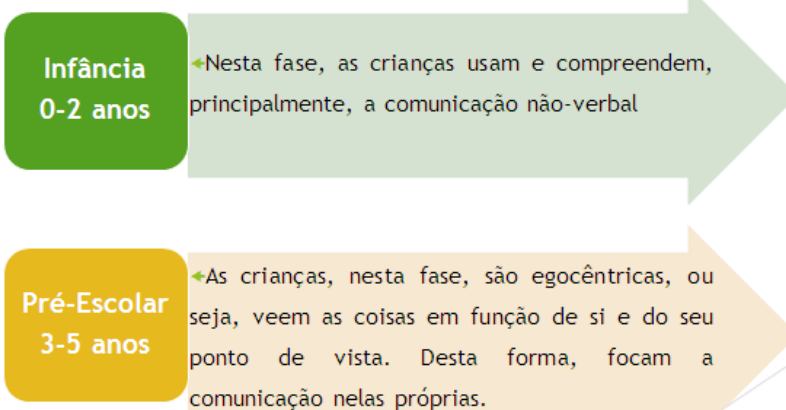
(Dorociaki & Dyniewicz, 2000)

Características da comunicação



(Dorociaki & Dyniewicz, 2000)

Comunicação nos diferentes estádios de desenvolvimento



(Hockenberry, 2014)

Comunicação nos diferentes estádios de desenvolvimento

Escolar 6-10 anos

Nesta fase, as crianças querem explicações e justificações para tudo, mas não precisam de verificações posteriores.

Adolescência 11-17 anos

Quando entram na adolescência, as crianças oscilam entre ser criança e adulto, quanto ao pensamento e comportamento.

(Hockenberry, 2014)

Orientações para comunicar com crianças:

- ▶ Proporcionar tempo à criança para que esta se sinta à-vontade;
- ▶ Evitar avanços súbitos, sorrisos exagerados, contato visual prolongado ou outro tipo de contato que possa ser considerado como ameaçador;
- ▶ Falar com os pais se a criança se apresenta, inicialmente, envergonhada;
- ▶ Comunicar através do objeto de transição, tal como boneca, personagens de bonecos ou animais de peluche, antes de questionar a criança diretamente;
- ▶ Dar oportunidade às crianças mais velhas de falarem sem os pais presentes;

(Hockenberry, 2014)

Orientações para comunicar com crianças:

- ▶ Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança;
- ▶ Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa, e confiante;
- ▶ Falar de modo claro e concreto, utilizando palavras simples e frases curtas;
- ▶ Expor diretivas e sugestões de modo positivo;
- ▶ Oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta exista;
- ▶ Ser honesto com a criança;
- ▶ Facilitar a expressão das suas preocupações e medos;
- ▶ Usar uma variedade de técnicas de comunicação. (Hockenberry, 2014)

Orientações para comunicar com adolescentes:

▶ Construir alicerces:

- Passar tempo com o adolescente;
- Encorajar a expressão de ideias e sentimentos;
- Respeitar as suas perspetivas;
- Tolerar as diferenças;
- Reforçar aspetos positivos;
- Respeitar a sua privacidade;
- Usar um bom exemplo.

▶ Comunicar efetivamente:

- Dar atenção exclusiva;
- Ouvir;
- Ser delicado, ter calma e mente aberta;
- Procurar não reagir exageradamente;
- Evitar julgamentos ou críticas;
- Escolher assuntos importantes quando se toma uma posição.

(OE, 2010; Hockenberry, 2014)

Técnicas de comunicação

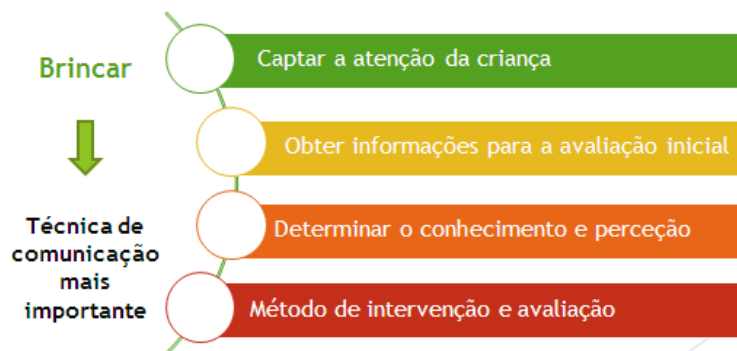
- ▶ As técnicas de comunicação favorecem a expressão de sentimentos e de pensamentos dos membros da família, de um modo menos diretivo e conflituoso
- ▶ Falar sobre sentimentos é difícil para muitas crianças, podendo, nestes casos, a comunicação verbal ser mais perturbadora do que apoiante.



Técnicas de comunicação não verbais (Hockenberry, 2014)

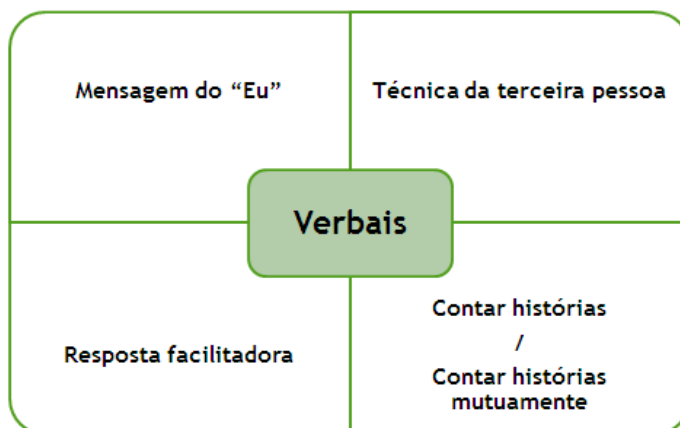
Técnicas de comunicação

- ▶ Brincar é a principal atividade da criança e é a sua linguagem universal.



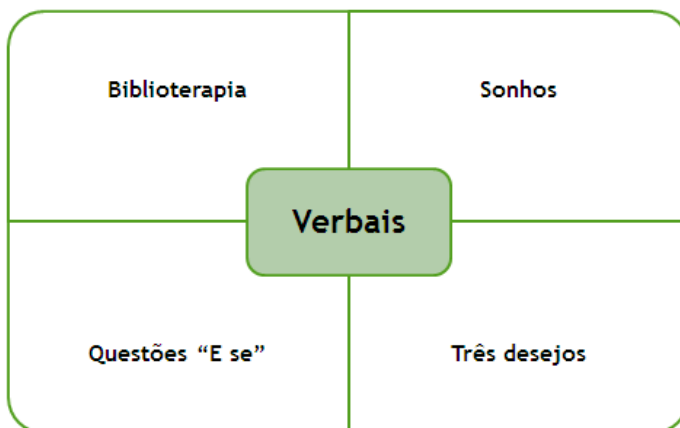
(Hockenberry, 2014)

Técnicas de comunicação



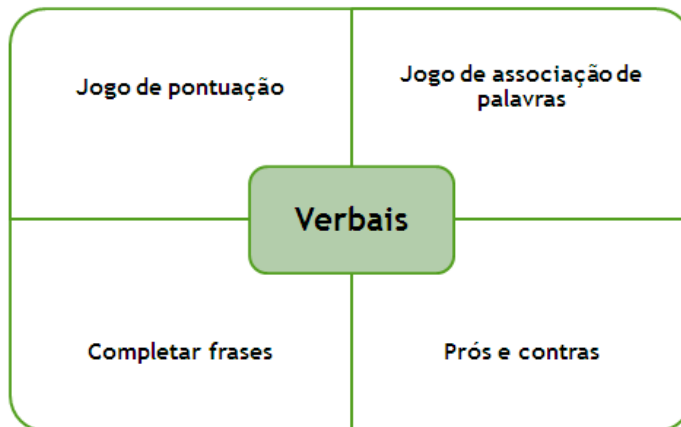
(Hockenberry, 2014)

Técnicas de comunicação



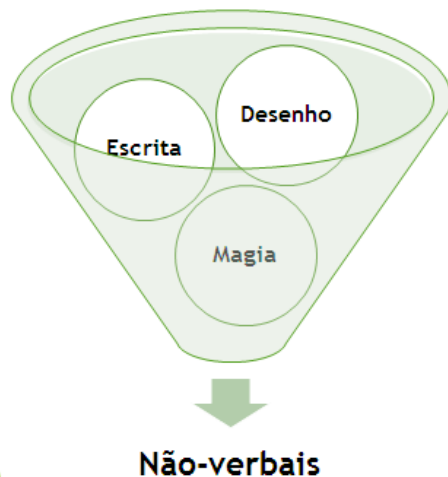
(Hockenberry, 2014)

Técnicas de comunicação



(Hockenberry, 2014)

Técnicas de comunicação



“Na comunicação com crianças de todas as idades, a componente não-verbal encerra as mensagens mais significativas”

(Hockenberry, 2014, p. 127)

Utilização das técnicas de comunicação - exemplos da prática de cuidados



Conclusão

- ▶ A comunicação é dirigida por objetivos e com intencionalidade.
- ▶ O desenvolvimento de competências de comunicação requer tempo e treino. Para tal, devem ser seguidas orientações específicas para facilitar o processo.
- ▶ Os enfermeiros ao conversarem com as crianças, focam-se na individualidade de cada uma para determinar a pessoa que são, a sua forma singular de lidar com os problemas, se esta necessita de ajuda e o modo como reage ao aconselhamento.

(Hockenberry, 2014)

Referências Bibliográficas

- ▶ Dorociaki, J. & Dyniewicz, A. (2000). Importância da comunicação entre equipe de enfermagem e o paciente em pediatria. *Cogitare Enfermagem*. 5. 89-95;
- ▶ Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- ▶ Martinez, E.; Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 34(1). 37-44;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Teixeira, A.; Braga, A. & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. XIII(3). 187-194.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C. & Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 15(2). 45-54.
- Dorociaki, J. & Dyniewicz, A. (2000). Importância da comunicação entre equipe de enfermagem e o paciente em pediatria. *Cogitare Enfermagem*. 5. 89-95.
- Ferreira, M. (maio-junho de 2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3). 327-330.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*. 121. 1441-1460.
- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 34(1). 37-44.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Teixeira, A., Braga, A. & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. XIII(3). 187-194.
- Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A comunicação entre Enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.

Apêndice V:

Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil com recurso às 5
Componentes do Modelo TEEP



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil com recurso às 5 Componentes do Modelo TEEP

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CONCEITO DE EMOÇÕES.....	4
2. TRABALHO EMOCIONAL	6
3. PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL COM RECURSO ÀS 5 COMPONENTES DO MODELO TEEP	8
4. CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

Segundo Diogo (2006), as emoções dão sentido ao cuidar e ao agir dos enfermeiros, podendo ser positivas ou negativas, perturbadoras ou gratificantes, e são despoletadas por um evento, uma experiência emocional. Em pediatria, o cuidar atende, não só aos procedimentos técnicos e do processo de interação, mas também à dimensão emocional, por forma a satisfazer todas as necessidades do cliente.

A investigação sobre as emoções no cuidar de enfermagem revela que o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados. É uma dimensão da prática dos enfermeiros permitindo que consigam mostrar sensibilidade afetiva e compreensão pelo cliente e lidar, simultaneamente, com a influência das próprias emoções (Diogo, 2015). Compreender as emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é uma fonte imensurável de saber na prática de enfermagem (Collière, 2003). O trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012) está implícito na construção da relação de cuidados (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcober & Holman, 2007) e implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência não-perturbadora. Significa cuidar dos clientes transmitindo tranquilidade e calma, mas também segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que estes se sintam cuidados e confiantes. Nesta lógica, a afetividade é considerada como estratégia específica necessária para regular as próprias emoções e as emoções dos outros (Diogo, 2015).

O presente trabalho tem, então, como objetivo desenvolver competências a nível do trabalho emocional em contexto de cuidados de saúde primários, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, conduzindo a uma prática de cuidados de enfermagem de elevada qualidade. Assim, ao longo deste trabalho irei fazer um pequeno enquadramento teórico onde defino, brevemente, o conceito de emoções e o de trabalho emocional, pois considerei necessário o seu aprofundamento para a realização de trabalhos futuros. Posteriormente, analisarei as dimensões do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, dando exemplos de situações concretas da prática de cuidados. Por fim, concluirei com uma síntese das ideias principais e das aprendizagens efetuadas.

1. CONCEITO DE EMOÇÕES

Reflexões acerca das emoções podem ser encontradas em alguns dos documentos escritos muito antigos, que datam da era antes de Cristo” (Diogo, 2015, p. 19). Algumas das fundações das emoções foram escritas por Aristóteles, tendo impulsionado o pensamento cognitivo acerca das emoções. Este defendeu que as emoções derivam das crenças das pessoas e estão ligadas à ação. Além disso, afirma que as emoções podem ser agradáveis ou desagradáveis, distinção que permanece atualmente (Diogo 2015).

Ao longo do tempo foram sendo desenvolvidas várias perspectivas acerca da temática das emoções. Mais recentemente, Goleman, um psicólogo americano, apresentou uma tese sobre a inteligência emocional, na qual incluía “novas descobertas sobre a arquitetura emocional do cérebro” (Diogo, 2015, p. 25). O conceito que engloba cinco atributos: conhecer as próprias emoções, gerir as emoções, motivarmo-nos a nós mesmos, reconhecer as emoções nos outros e gerir relacionamentos, que levam ao desenvolvimento de competências essenciais. Além disso, o mesmo defende a categorização das emoções em famílias básicas: ira, tristeza, medo, prazer, amor, surpresa, aversão e vergonha, sendo estas representativas das inúmeras emoções existentes (Goleman, 2002).

Damásio, com a publicação dos seus livros também trouxe contributos importantes para o estudo das emoções. O neurocientista explicitou que é impossível dissociar a racionalidade das emoções e que todos os indivíduos têm emoções (Damásio, 2001). Além disso, o mesmo propõe uma classificação básica das emoções, dividindo-as em 3 grupos: emoções básicas - são facilmente reconhecidas, uma vez que são identificadas sem dificuldade por expressões faciais características; emoções sociais – incorporam respostas que fazem parte das emoções básicas e das de fundo, sendo estas desencadeadas em situações sociais; e, por último, emoções de fundo – decorrentes da reflexão sobre uma situação vivida ou sobre uma situação hipotética (Damásio, 2003). Por último, Damásio (2001) faz a distinção entre emoções e sentimentos, afirmando que as emoções são primordiais na regulação da racionalidade. Já os sentimentos são a consciencialização das emoções, estando, por isso, alinhados com a mente, ao passo que as emoções estão alinhadas com o corpo (Damásio, 2001, 2003). Ambos caminham lado a lado. Assim, pode-se assim afirmar

que as emoções são um conjunto de respostas motoras, que o cérebro provoca no corpo, a uma situação, enquanto que o sentimento é o modo como a mente interpreta essas respostas (Damásio, 2001).

O estudo das emoções chega à disciplina de enfermagem no final da década de 50, com o aparecimento da escola da interação e com a mudança para o paradigma da integração e unitário (Diogo, 2015). Assim, os enfermeiros passaram a reger-se pelos valores da perspectiva holística, ou seja, passaram a contemplar todas as dimensões do ser humano: cognitiva, emocional, comportamental, relacional e espiritual, na sua intervenção (Sousa & Sousa, 2007, citando Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003). O mesmo é evidenciado por Collière (1999, p. 152) quando afirma que “é a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”.

Watson (2012) foi pioneira a enquadrar as emoções no processo de cuidar, desenvolvendo a teoria do Cuidado Transpessoal em enfermagem, na qual é dada grande importância à dimensão relacional no cuidar, centrado na pessoa e abordando todas as dimensões do ser humano, como um todo. Além disso, a teoria impõe uma abordagem humanística, ou seja, possibilita a compreensão de todas as respostas humanas, incluindo as emocionais. Adicionalmente, reforça o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro através da partilha de sentimentos (Diogo, 2015).

2. TRABALHO EMOCIONAL

“A partir dos anos 90, o estudo das emoções (...) direciona-se para o conceito e trabalho emocional” (Diogo, 2015, p. 40). O conceito de trabalho emocional teve origem na sociologia e foi definido como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p.7). Este conceito impõe um envolvimento tal por parte de quem o utiliza como ferramenta, que abrange a mente e o sentimento, devendo ser honrado pela sua especificidade, profundo na sua essência e individualidade (Hochschild, 1983).

O conceito estendeu-se à disciplina de enfermagem através de Pam Smith (1992, 2012) que chama a atenção para a sua dupla centralidade: o enfermeiro e o cliente, assumindo como o papel de transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença (Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016). A autora defende que o trabalho emocional deve ser aprendido como qualquer outra competência necessária para a prestação de cuidados, dando ênfase, não só à gestão das emoções negativas, mas também às restantes componentes do trabalho emocional do enfermeiro, sendo estas: dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas (Smith, 1992). Smith (1992, 2012) concluiu, na sua investigação, que o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de forma intuitiva e informal. O que parece consensual no conhecimento sobre as emoções na enfermagem é que a gestão das emoções é essencial na relação interpessoal e é uma dimensão dos cuidados, na qual os enfermeiros conseguem mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro e, simultaneamente, lidar com a influência em si das emoções dos outros.

Tendo em conta que o trabalho emocional é exigente, implica investimento e a gestão das próprias emoções é necessária para promover a proximidade e a atenção individualizada ao cliente, deve implicar dos enfermeiros o reconhecimento dos seus limites (...) e mobilização de estratégias de *coping* (...) para se protegerem da exaustão emocional e mesmo do *burnout* (Diogo, 2015, p. 45, citando Jenkins & Elliott, 2004, McQueen, 2004).

No entanto, a complexidade do trabalho emocional, intrínseco ao cuidar em enfermagem, requer, não só, experiência, na medida em que o trabalho emocional

difere em diferentes contextos de cuidados (Hunter & Smith, 2007), mas também perícia do enfermeiro na gestão das emoções (Benner & Wrubel, 1989; Smith, 2012; Diogo, 2017).

Diogo (2015) identifica cinco componentes do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP), nomeadamente: promover um ambiente seguro e afetivo, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros). Além disso, a autora refere que o enfermeiro, para promover o bem-estar e alívio do sofrimento da criança, deve usar as emoções enquanto instrumento terapêutico.

3. PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL COM RECURSO ÀS 5 COMPONENTES DO MODELO TEEP

Ao longo do estágio, na unidade de saúde familiar, foi possível promover o crescimento e desenvolvimento infantil com recurso às 5 componentes do modelo TEEP, não só nas consultas de saúde infantil e juvenil, mas também, na sala de vacinação e durante as visitas domiciliárias. Ao deslocarmo-nos à sala de espera para cumprimentar e receber a criança/jovem e a sua família, falando de forma simpática e afetiva, estamos a acolher a criança e família, promovendo, assim, um **ambiente seguro e afetuoso** (1ª componente do Modelo TEEP), o que vai ao encontro do preconizado por Gaiva e Scochi (2005, p. 445), quando afirmam que “o acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e o sofrimento dos pais minimizado. (...) O acolher deve envolver ação física e afetiva”. Além disso, os bonecos pintados nas paredes e os brinquedos existentes da sala de consultas de saúde infantil e juvenil, a par das expressões de afeto dirigidas à criança, permitem a criação de um ambiente seguro e afetuoso e contribuem para minimizar o medo sentido pela criança ao entrar num local desconhecido, corroborando, assim, com os achados de Diogo (2015, p. 116):

o impacto com o ambiente físico (...) muitas vezes surge primeiro que a interação com os enfermeiros (...). Ambos têm uma influência muito grande nos clientes em termos emocionais. Um ambiente seguro e afetuoso implica elementos e mensagens humano-afetivas nas interações e também os aspetos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem.

Nutrir os cuidados com afeto é a 2ª componente, na qual, também, estão incluídas as expressões de afeto mencionadas, sendo estas primordiais na prestação de cuidados em enfermagem pediátrica, pois promovem o bem-estar da criança. “a dádiva do afeto (...) espelhada pelo sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo (...) gestos de carinho (...), trata-se de um alimento que nutre as múltiplas interações” (Diogo & Baltar, 2014, p. 156). Além disso, a utilização de palavras com terminação em *-inho*, o colo, o brincar com a criança são ações que permitem transformar uma

experiência emocional, possivelmente, negativa em positiva (Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017). Nas consultas de saúde infantil e juvenil, quando é feita a pesquisa do reflexo de Moro, o bebé fica visivelmente assutado, começando a chorar, pelo que, após, o bebé é embalado ao nosso colo, aconchegando-o através do contacto físico. O mesmo acontecia nas visitas domiciliárias, após a realização do teste do Guthrie, ou na sala de vacinação, após a administração das vacinas. Nutrir os cuidados com afeto permite que o cliente se sinta acarinhado e considerado, promove a confiança dos pais nos enfermeiros e a segurança nos cuidados, promove a tranquilidade e bem-estar da criança, aliviando o seu sofrimento, e permite o desenvolvimento e consolidação da relação da relação (Diogo, 2015).

Além do referido, os enfermeiros desenvolvem um conjunto de ações, mais dirigidas, para facilitar a **gestão das emoções dos clientes** (3ª componente), cuja finalidade é modificar os estados emocionais negativos para estados de tranquilidade e bem-estar, potenciar o autocontrolo emocional e conquistar a confiança do cliente (Diogo, 2015). No estudo de Diogo (2015) foram identificadas várias estratégias e instrumentos terapêuticos que promovem a gestão emocional dos clientes, tendo sido categorizados em dois grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reativas. Como gestão emocional de antecipação, antes da realização de qualquer procedimento, seja a pesquisa de reflexos, a pesquisa de displasia da anca, a observação do canal auditivo, a administração de vacinas, entre outros, era sempre explicado o que ia ser realizado, com postura calma e carinhosa, aos pais e criança, atendendo ao estágio de desenvolvimento, de forma a diminuir o medo e ansiedade. Como gestão das emoções reativas, eram esclarecidas dúvidas, proporcionado carinho e o desvio do foco de atenção, quer com colo ou com um brinquedo, nas crianças mais pequenas, quer com a entrega dum diploma por ter sido valente, no caso da vacinação, nas crianças mais velhas. As estratégias utilizadas permitiram tranquilizar o cliente e, ainda, incrementar o sentimento de confiança, essencial para o desenvolvimento e consolidação da relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015).

Construir a estabilidade no relacionamento (4ª componente) tem como finalidade: a tranquilidade e afetividade nas relações entre os enfermeiros e os clientes, sendo, por isso, necessário mobilizar ações de três tipos: envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes. O envolvimento emocional carece de conhecimento mútuo, sendo fundamental os enfermeiros

conhecerem os clientes para planearem e prestarem cuidados de acordo com as suas necessidades (Diogo, 2015). Sendo enfermeira da família, a Enf.^a acompanhou a família durante a gravidez, logo a relação de confiança já tinha sido previamente estabelecida, facilitando o estabelecimento da relação com a criança. “A conquista da confiança da criança ou jovem e pais pode ser influenciada mutuamente. Por isso, quando os pais manifestam confiança nos enfermeiros é mais fácil conquistar as crianças” (Diogo, 2015, p. 153). O mesmo foi verificado comigo, ou seja, os pais e criança ao sentirem que Enf.^a confiava em mim, ausentando-se da sala enquanto eu realizava a consulta, sentiam-se mais tranquilos com a minha presença. A gestão de episódios conflituosos é definida por situações nas quais os clientes revelam pouca ou nenhuma confiança nos enfermeiros, colocando em causa as ações destes últimos e rejeitando qualquer tipo de aproximação, nas quais é necessário mobilizar estratégias para recuperar ou criar a estabilidade na relação, sendo estas: manter uma abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação e não fazer juízos de valor (Diogo, 2015). Por último, o equilíbrio de poderes, que se caracteriza pela tomada de decisão partilhada, por dar espaço à função parental, pela colaboração mútua, pela participação do cliente e pela partilha de informação, é, também, uma abordagem para a construção de estabilidade no relacionamento (Diogo, 2015), enquadrando-se, assim, na filosofia dos CCF referida como base do cuidar em enfermagem pediátrica.

Para cuidar, os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, que se traduz na sensibilidade e atenção afetiva para com os clientes e para com as experiências emocionais que estes vivenciam, sendo esta uma característica básica na ação dos enfermeiros. Contudo, a **disposição emocional para cuidar dos enfermeiros** (5^a componente) sofre oscilações, sendo regulada pelos mesmos com intencionalidade terapêutica. Desta forma, com a regulação da própria disposição emocional para cuidar, os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções neles próprios para conseguirem transformar as emoções perturbadoras e continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional. Esta regulação promove o bem-estar e o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à sua situação (Diogo, 2015). Analisar experiências e a partilha de sentimentos são duas estratégias para a regulação emocional dos enfermeiros que foram implementadas no decorrer do estágio.

4. CONCLUSÃO

O cuidar continua a ser um desafio para a profissão, uma vez que cada pessoa é diferente, possuindo valores, emoções e crenças diferentes, sendo necessário uma individualização dos cuidados. Assim, com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente uma experiência potencialmente perturbadora, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e nos próprios (Diogo, 2015). Com as ações e estratégias instituídas, foi possível desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções (Honoré, 2004). Importa salientar que as cinco categorias do trabalho emocional apresentadas encontram-se interligadas e são interdependentes (Diogo, 2015).

Assim, ao longo do trabalho foram descritas algumas intervenções mobilizadas na prática de cuidados à criança, com as quais “(...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções” (Diogo, 2015, p.175-176).

Como enfermeira especialista devo deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizando-os em contexto de prática clínica, que me permitem avaliar as necessidades de saúde da família, bem como um conjunto de competências profissionais e pessoais, responsabilidade ética e legal na prestação e gestão dos cuidados.

Refletir sobre a prática profissional tem um papel imprescindível no desenvolvimento de competências, pois permite que o enfermeiro reflita sobre os acontecimentos, que tenha visão do todo da situação em causa. Refletir torna explícito o conhecimento proveniente da experiência prática, devendo ainda ser debatido, examinado e contestado entre pares e em equipa multidisciplinar.

A realização do presente trabalho permitiu a consolidação dos conteúdos, bem como a aquisição de competências do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, de forma a transformar as experiências potencialmente negativas, quer dos clientes, quer dos enfermeiros, em positivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ªed). Loures: Lusociência.
- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (13ª ed). Mem Martins: Publicações Europa.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Acedido a: 08/12/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante - O trabalho emocional em enfermagem. *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148 – 159.
- Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642.
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhantes: determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 1-43). Loures: Lusodidacta.
- Gaiva, M. & Scochi, C. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4), 444-448.

- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. (11ª ed). Lisboa: Temas e debates.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. (3ª ed). Espanha: Sábado.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart*. Berkeley: University of California Press.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–61.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*. 21(1). 30-47.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Apêndice VI:

Jornal de Aprendizagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Jornal de Aprendizagem

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

1. DESCRIÇÃO

Num dos primeiros dias de estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF), a Enf.^a orientadora mostrou-me os protocolos e normas que eram utilizados, sendo, um dos quais, o protocolo de referência de crianças para a Comissão de Proteção de Criança e Jovens (CPCJ). Ao folhear o protocolo, estão descritas as possíveis causas para a referência, sendo, por exemplo, maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência física e/ou emocional, abandono, trabalho infantil, uso de estupefacientes, automutilação, entre outros.

Por curiosidade, e uma vez que a Enf.^a é o elo de ligação entre a USF e a CPCJ, questionei se já tinha referenciado muitas crianças e quais os motivos das referências efetuadas. Como resposta, a Enf.^a afirmou que já tinha referenciado diversas crianças e foi percorrendo os diferentes motivos de referência, descrevendo, brevemente, as situações. Quando chegou ao motivo de referência “automutilação”, a Enf.^a fez uma pausa. Percebi, nesse momento, que a situação que ela iria descrever era complexa e que, possivelmente, ainda não estava resolvida. Após uma inspiração profunda, a Enf.^a começou a descrever a situação do P. O P. é um adolescente que, na altura em que recorreu à USF, tinha 15 anos. A Enf.^a estava nessa manhã a trabalhar na sala de tratamentos quando o P. é chamado para a sala. Inicialmente, a Enf.^a não compreendeu o porquê de ele ter marcado uma consulta para a sala de tratamentos. Contudo, após as apresentações iniciais, o P. deu a conhecer à Enf.^a o motivo da sua ida à USF. O mesmo vinha para realizar os pontos das diversas suturas que apresentava ao longo do tronco e membros superiores. Quando o P. despiu a camisola, para a Enf.^a poder avaliar as feridas e efetuar os tratamentos necessários, a mesma visualizou que, para além das feridas suturadas, o P. apresentava, também, inúmeras lacerações superficiais, umas já cicatrizadas e outras ainda em processo de cicatrização. Quando questionado acerca das mesmas, o P. afirmou que tinha sido o próprio a efetuar os diversos cortes, quer com facas de cozinha, quer com x-atos.

Após o relato, a Enf.^a encontrava-se visivelmente emocionada. Depois uma breve pausa, questionei-lhe como procedeu perante a situação descrita. A mesma informou-me que tentou conversar com o P., no sentido de perceber porque razão ele se automutilava, facilitando a expressão de sentimentos do mesmo. Assim, começou

por lhe perguntar como era a situação em casa, se os pais estavam presentes e se sabiam da situação, como estavam as coisas a correr na escola, como ocupava o seu tempo livre, entre outros. Com o desenvolver da conversa, a Enf.^a percebeu que o pai o P. tinha um problema de abuso de substâncias, nomeadamente, de abuso de álcool, e que a mãe o negligenciava, tendo o P. de cuidar de si de forma independente. Percebeu, também, que o P. se automutilava por vontade própria e não imposição de outros, nem por pressão dos pares.

Após recolher estas informações, a Enf.^a ausentou-se da consulta e foi apresentar a situação ao médico de família do P. para que, em conjunto, decidissem como atuar. Ficou decidido agendar uma nova consulta com o P., solicitando a presença dos seus pais e referenciar o caso para a CPCJ, para que, em conjunto com o P. negociassem um contrato de saúde.

Com o termino da consulta, a Enf.^a entrou em contacto com a CPCJ, no sentido de perceber como atuar, tendo sido indicado que deveria referenciar o P. para uma consulta de pedopsiquiatria do hospital da área de residência.

Quando regressou à USF, com os pais, foi negociado o contrato de saúde, tendo o P. e os pais consentido com a referenciação para a consulta mencionada.

Com a cicatrização das lesões e, uma vez que o acompanhamento estava a ser efetuado pela pedopsiquiatria, a Enf.^a deixou de saber como o P. se encontrava, tendo, somente, acesso ao processo informático.

Quando terminou de descrever a situação, a Enf.^a encontrava-se apreensiva. Afirmou que pensava ter feito o que era correto dada a situação. Contudo, verbalizou que não possuía muita experiência em situações complexas como a supracitada e que, como tal, não conseguia ter a certeza se as ações efetuadas tinha sido as mais indicadas. Nesta altura, e uma vez que a situação já tinha ocorrido em 2015 e que as ações tomadas tinham sido recomendadas pela CPCJ, procurei tranquiliza-la, afirmando que, se as ações tinham sido recomendadas pela entidade competente na matéria, era porque eram as mais indicadas para a situação.

Na semana seguinte, enquanto a Enf.^a e eu estávamos a começar uma consulta de saúde infantil, a Enf.^a P., a enfermeira que se encontrava na sala de tratamentos bateu à porta. A mesma estava visivelmente preocupada, tendo pedido à Enf.^a C., à minha orientadora, para, quando fosse possível, ir à sala de tratamentos. Assim, a Enf.^a pediu-me para iniciar a consulta, avaliando o crescimento e desenvolvimento da

criança, enquanto ela ia perceber o que se passava. Assim o fiz. Quando estava a terminar a avaliação, a Enf.^a regressou ao gabinete. Estava com faceeiis triste e visivelmente apreensiva. Contudo, continuou e terminou a consulta da criança mantendo uma postura tranquila, não deixando transparecer a sua preocupação para os pais.

Aquando do término da consulta, questioneei Enf.^a o que tinha acontecido. A mesma explicou-me que o P. tinha recorrido à USF, novamente, para a realização de tratamento às suturas. Perante a situação, a Enf.^a tentou compreender o que se passava, se o P. tinha parado de tomar a medicação prescrita e o porquê de se ter automutilado novamente. Desta forma, a Enf.^a compreendeu que, recentemente, tinham sido feitas alterações ao esquema medicamentoso do P. e que, uma vez que a nova medicação o deixava muito sonolento, o P. tinha decidido deixar de a tomar, tendo, repetidamente, sentido vontade em se autoinfligir. Em conjunto com o médico, ficou decidido contactar, novamente, a pedopsiquiatria, no sentido de explicar o sucedido e de se proceder a um ajuste da terapêutica.

2. SENTIMENTOS

Embora a situação descrita não ter sido presenciada por mim, posso considerar que foi vivência extremamente importante e rica, quer a nível emocional e humano, como a nível profissional e académico.

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida pautada pela vivência de muitas emoções, que sucedem devido ao processo de maturação do jovem. Esta é caracterizada por mudanças ao nível físico, cognitivo, emocional e social, e aquisição de identidade própria e autonomia (Papália, 2001). A fragilidade emocional característica da adolescência que leva o jovem, através da conduta exploratória, a desenvolver comportamentos de risco, com possíveis resultados prejudiciais para a sua saúde (DGS, 2013).

Na presente situação foi possível verificar o turbilhão de emoções presente na adolescência. Sinto que o relato da situação contribuiu para o meu desenvolvimento e para a aquisição de competências enquanto EEESCJ, uma vez que pude percecionar a atuação da enfermeira especialista, compreendendo como a mesma tentou resolver a questão. Além disso, a experiência permitiu-me compreender que o

enfermeiro tem limitações, ou seja, não tem que saber responder a todas as situações de forma independente. O mesmo deve trabalhar em equipa para conseguir delinear um plano de intervenção adequado à situação em questão.

Por outro lado, para cuidar, os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, que se traduz na sensibilidade e atenção afetiva para com os clientes e para com as experiências emocionais que estes vivenciam, sendo esta uma característica básica na ação dos enfermeiros. Contudo, a disposição emocional dos enfermeiros sofre oscilações, sendo regulada pelos mesmos com intencionalidade terapêutica. Desta forma, com a regulação da própria disposição emocional para cuidar, os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções neles próprios para conseguirem transformar as emoções perturbadoras e continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional. Esta regulação promove o bem-estar e o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à sua situação (Diogo, 2015).

A proximidade e envolvimento emocional para cuidar implica que os enfermeiros conheçam o cliente, mas também, que absorvam uma gama de emoções negativas, vividas pelo cliente, que podem levar ao *stress* e *burnout* do profissional (Mazhindu, 2003), e pode, inclusive, esvaziá-los de energia (Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006). Para que tal não suceda, os mesmos utilizam estratégias que garantem a proximidade e a empatia emocional, mas que evitam a exaustão emocional (Van Sant, 2003). Diogo (2015) apresenta, nos seus estudos, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, sendo estas: analisar as experiências, partilhar o que sente, compreender as reações do cliente, atenuar positivamente e não se deixar afetar.

Com a partilha da situação vivenciada pela Enf.^a, juntamente com a expressão de sentimentos, sinto que contribui para a regulação da disposição emocional da mesma para cuidar. Quando a Enf.^a regressou à consulta de saúde infantil, após ter sido chamada pela colega para ajudar a delinear o plano de intervenção para o P., a mesma estava com um faceeis triste e visivelmente apreensiva, como descrito. Após a partilha, procurei tranquilizar a Enf.^a e propus que se criasse um espaço de partilha de situações entre a equipa, de forma a prevenir o *stress* e *burnout* causados pelas emoções negativas.

3. AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

Apesar de complexa, a presente situação tornou-se positiva, no sentido em que permitiu o desenvolvimento de competências, sendo estas algumas das descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010b):

- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.

Outras competências desenvolvidas, e não menos importantes que as referidas anteriormente, estão descritas no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a):

- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
- Promove a proteção dos direitos humanos.

Torna-se fundamental referir, também, o que é passível de ser melhorado. Em termos de registo informático, apesar da informação ter sido registadas em notas de enfermagem, seria pertinente explorar os diagnósticos de enfermagem existentes na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca, 2017), por forma a enaltecer o trabalho realizado pela Enf.^a.

4. AGENDA

Quando propus a criação de um espaço de partilha de experiências entre a equipa, a Enf.^a refutou a ideia, afirmando que não era exequível devido à falta de tempo. Penso que deveria ter verbalizado e argumentado acerca da importância do mesmo de forma mais assertiva, para que a falta de tempo fosse contornada e o espaço de partilha de experiências fosse criado. “Os enfermeiros também sofrem apesar da sua motivação, persistência e vontade para cuidar das pessoas, e é exatamente a disposição emocional que estes procuram manter” (Diogo, 2015, p. 169).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J. Sousa, O., Caeiro, M. J., Fernandes, N., & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. Em Diogo, P. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (77-103). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Mazhindu, D. (2003). Ideal nurses: the social construction of emotional labour. *The Euporen Journal of Psychoterapy, Counselling & Health*. 6(3). 243-262.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Felfman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nusing. *Qualitative Health Research*. 16(1). 79-96.
- Van Sant, J. (2003). *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting*. Dissertação apresentada à Widenr University of Nursing. Pennsylvania: EUA.

Apêndice VII:

Jornal de Aprendizagem em contexto do Serviço de Urgência Pediátrica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Jornal de Aprendizagem

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

1. DESCRIÇÃO

Num dia de estágio estava com a Enf.^a orientadora na triagem do serviço de urgência pediátrica (SUP). A mesma chama pelo intercomunicador o G., um menino de 12 anos, de nacionalidade brasileira, e a sua mãe, a Sra. D.^a L., à sala de triagem. O G. vinha acompanhado pelos bombeiros, numa cadeira de rodas. Quando questionado sobre o que sucedera, a mãe respondeu que o G. estava a passear na rua e que bateu com a canela direita num poste de metal. O Sr. J., um dos bombeiros, informou-nos que o G. tinha um corte profundo na perna e que ele e o seu colega tinham limpado a ferida com soro fisiológico e feito um penso com compressas e ligadura. O G. estava bem-disposto, conversando com a mãe.

Após a saída dos bombeiros, a Enf.^a I., que me estava a orientar, pediu-me para retirar a ligadura da canela do G., de forma a podermos observar a ferida. Quando percebeu o que eu ia fazer, o G. ficou assutado, tendo começado a chorar e a dizer que não queria que eu lhe mexesse na perna. De forma a tranquiliza-lo, sentei-me ao seu lado e expliquei-lhe, calmamente, o que ia fazer. Disse-lhe que ia começar por cortar a ligadura e que ia tirar as compressas para que eu e a Enf.^a I. pudéssemos observar a ferida. Disse-lhe, também, que ia fazer o procedimento lentamente e da forma menos dolorosa possível, que o ia informando de todos os passos e que, se ele quisesse, a mãe podia ficar ao lado dele, ajudando-o a ficar mais calmo durante o procedimento. Além disso, pedi a colaboração do mesmo durante o procedimento, no sentido de não mexer a perna e de me informar sempre que o estivesse a magoar. Desta forma, consegui que o G. ficasse mais tranquilo, menos ansioso, e que colaborasse na realização do procedimento.

Comecei, então, por cortar a ligadura e retirar as compressas. Ao expor a ferida, a Enf.^a e eu pudemos verificar que era uma ferida bastante profunda, sendo necessário suturar. Como não sabíamos qual o tempo de espera para ser atendido pelo médico, optados por desinfetar a ferida e efetuar o mesmo tratamento que os bombeiros. Enquanto a Enf.^a foi buscar o material, expliquei ao G. o que ia fazer de seguida. Disse-lhe que ia desinfetar a ferida e que, provavelmente, ao passar a compressa com o desinfetante, ele ia sentir um ardor. Ao ouvir a palavra ardor, o G. reagiu de imediato, dizendo, novamente, que não queria eu lhe mexesse na perna. Lembrei-lhe do que tínhamos combinado anteriormente e assegurei-lhe que ia fazer o

procedimento de forma suave, tentando infligir o mínimo de dor possível. Após o seu consentimento, realizei o tratamento à ferida, com a colaboração do mesmo.

Enquanto eu efetuava o procedimento, a Enf.^a informou de que a ferida necessitava de ser suturada e questionou à mãe se o G. tinha as vacinas do programa nacional de vacinação atualizadas. A mãe afirmou que o programa de vacinação no Brasil, onde os mesmos residiam, era diferente, mas que o G. o tinha em dia. Não sabendo qual o plano de vacinação do Brasil, a Enf.^a inquiriu se o G. tinha feito a vacina do tétano, ao qual a mãe respondeu não tendo a certeza. Uma vez que a mãe não conseguia garantir que o G. tinha feito a vacina do tétano, foi registado no processo essa indicação, de modo a que o médico tivesse acesso à informação para prescrever a vacina.

Quando estavam a sair da sala de triagem, após a Enf.^a informar que deveria esperar na sala de espera B, o G. perguntou-me se eu podia estar presente quando o médico fosse suturar a ferida. Após obter o consentimento da Enf.^a, disse-lhe que estaria presente para o ajudar. Posteriormente, pedi à Enf.^a A., a enfermeira responsável pela sala de pequena cirurgia, se podia estar presente quando o G. fosse suturado e se ela me podia chamar, pedido ao qual a mesma acedeu.

Assim, passado algum tempo, a Enf.^a A. veio chamar-me para ir para junto do G., que se encontrava na sala de pequena cirurgia. Estava deitado na marquesa, visivelmente ansioso, enquanto a Dra. R. preparava o material. Aproximei-me do G. e da sua mãe e questionei, à Dra., se podia estar presente e se ela podia explicar ao G. o que ia fazer, de modo a tranquilizar o mesmo, pedido ao qual a Dra. assentiu. Após a explicação, o G. ficou mais tranquilo. Aproveitei o momento para lhe perguntar se tinha alguma dúvida ou se precisava de alguma coisa. O mesmo pediu-me se eu podia conversar com ele, de forma a distrai-lo do procedimento. Assim, conversámos sobre o Brasil, a escola do G., os locais que tinha visitado em Lisboa e os que ainda ia visitar, a sua família, entre outros, permitindo que o G. se mantivesse tranquilo e sereno e se abstraísse do procedimento e da possível dor sentida.

2. SENTIMENTOS

Posso considerar que a experiência foi extremamente importante e rica, quer a nível emocional e humano, como a nível profissional e académico.

Ao longo do meu percurso como enfermeira, nunca tinha prestado cuidados em contexto de SUP. Contudo, sempre pensei que o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente seria difícil de conseguir devido ao curto período de tempo de contacto entre os intervenientes, enfermeiro-cliente. A situação com o G. permitiu-me perceber exatamente o contrário, uma vez que todas as intervenções efetuadas contribuíram para a criação da relação.

No estudo de Diogo (2015) foram identificadas várias estratégias e instrumentos terapêuticos que promovem a gestão emocional dos clientes. Estes foram categorizados em dois grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reativas. A primeira visa disponibilizar informação de antecipação e a segunda visa gerir episódios de emocionalidade excessiva. A nível da gestão emocional de antecipação destaca-se: a postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distração. As estratégias identificadas a nível da gestão de emoções reativas são: envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, fazer pausas, fomentar a esperança, colocar-se ao lado, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar e restringir. Assim, posso afirmar que a minha ação, utilizando de estratégias de gestão emocional de antecipação e das emoções reativas, como descritas anteriormente, possibilitou que o G. colaborasse no procedimento.

Além disso, posso concluir que o conjunto de ações desenvolvidas junto do G. facilitaram a gestão das emoções do mesmo, ou seja, possibilitaram a modificação de estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar, potenciando o autocontrolo emocional e a conquista da confiança do mesmo (Diogo, 2015).

3. AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

A experiência descrita foi extremamente desafiante do ponto de vista da criação de uma relação terapêutica, bem como do ponto de vista emocional. Contudo, permitiu o desenvolvimento de competências, sendo estas algumas das descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010):

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

4. AGENDA

Após a situação, quando regressei para junto da enfermeira orientadora, questionei-lhe se era frequente acederem a estes pedidos por parte das crianças. A mesma respondeu-me que não era possível pois, devido aos rácios, não podiam abandonar o posto de trabalho onde tinham sido colocados. Assim, em conjunto tentamos pensar em formas de colmatar esta situação. Sugeri a troca de local de trabalho, temporariamente, como o colega que encontrava responsável pela sala de pequena cirurgia. A Enf.^a considerou que não seria viável pois, o enfermeiro que fica responsável pela sala mencionada, tem, também, outros gabinetes à sua responsabilidade, como a sala de ortopedia, a os gabinetes de pedopsiquiatria, de otorrinolaringologia, entre outros, não sendo exequível efetuar a troca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice VIII:

Entrevista Semiestruturada a um Perito - Gestão Emocional no Serviço de Urgência
Pediátrica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Entrevista Semiestruturada a um Perito: Gestão Emocional no Serviço de Urgência Pediátrica

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANO DE ENTREVISTA	4
2. ENTREVISTA	5
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

INTRODUÇÃO

A doença aguda que propícia o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) provoca uma rutura com o estágio anterior de bem-estar do sistema. A necessidade de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* para conseguir gerir a emoção perturbadora (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010) no SUP torna-se fulcral não só para os pais e crianças, mas também para os irmãos das mesmas. Refletir sobre as estratégias utilizadas e perceber qual o impacto das mesmas permite a construção de um novo saber.

Embora exerça funções em contexto hospitalar, o SUP sempre me foi desconhecido. Como tal, senti que seria essencial, para além da observação participativa da prática de enfermagem, a realização desta entrevista, por forma a atestar com um perito a sua visão sobre as práticas instituídas e validar com este a intencionalidade das estratégias utilizadas.

Optei por realizar uma entrevista à enfermeira orientadora, não só por conhecer o trabalho que estou a realizar, mas também por ser uma enfermeira perita na área, com 13 anos de experiência, 11 anos em enfermagem pediátrica, mais concretamente, no SUP. Escolhi realizar uma entrevista semiestruturada, uma vez que esta tipologia de entrevista é caracterizada por uma comunicação direcionada, com perguntas abertas (Queiroz, Meireles & Cunha, 2007).

Como instrumento de colheita de dados redigi um guião de entrevista semiestruturada, onde constam diversas questões relacionadas com o tema: estratégias de enfermagem para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo. A presente entrevista tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas por um enfermeiro perito para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo

Durante a entrevista foram respeitados princípios de confidencialidade subentendidos, tendo existido um acordo prévio para a sua realização. O registo da entrevista foi realizado com recurso a suporte de papel. Ao terminar a entrevista foi feito agradecimento ao entrevistado dado a sua disponibilidade e colaboração, bem como a possibilidade de validar o documento redigido.

1. PLANO DE ENTREVISTA

Para a execução da entrevista foi elaborado um guião de entrevista, que funcionou como eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, onde constam as seguintes questões:

- 1 - O que entende sobre experiência emocionalmente intensa?
- 2 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança? E se for uma criança em processo paliativo?
- 3 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos pais/acompanhantes da criança? E se forem os pais/acompanhantes de uma criança em processo paliativo?
- 4 - Relativamente aos irmãos da criança doente. É permitida a entrada dos mesmos na sala de triagem? E na sala de tratamentos? E na sala de aerossóis? E na sala de observação? Se não, qual a justificação?
- 5 - Se forem irmãos de uma criança em processo paliativo, é permitida a entrada e permanência nos diversos locais da urgência? E se forem irmãos de uma criança em fim de vida?
- 6 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos irmãos da criança doente? E se forem irmãos de uma criança em processo paliativo?

2. ENTREVISTA

1 - O que entende sobre experiência emocionalmente intensa?

Uma experiência emocionalmente intensa é uma experiência geradora de sentimentos, que podem ser positivos ou negativos. É uma experiência que vai fazer com que o sujeito que a vivencia, reflita sobre essa vivência.

Uma experiência emocionalmente intensa vai moldar o sujeito que a vivenciou, modificando a sua forma de ver as coisas, de pensar. Se for uma experiência vivenciada enquanto criança, pode, inclusivamente, condicionar o desenvolvimento da criança em questão.

É algo que pode ter repercussões no futuro da pessoa.

2 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança? E se for uma criança em processo paliativo?

Uma das estratégias mais frequentemente utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança, é a presença de um dos progenitores junto da mesma. Por vezes até é permitida a presença dos dois. Outras estratégias utilizadas são o brincar, permitindo que a criança mantenha o ser brinquedo junto dela e utilizando o mesmo para a explicação dos procedimentos, a música e os desenhos animados na televisão. É também importante adequar a linguagem à faixa etária da criança e dar espaço à mesma, para que esta se adapte ao ambiente envolvente e se consiga acalmar.

Se for uma criança em processo paliativo, há outras medidas que podem e devem ser tomadas, para além das referidas anteriormente. É sempre permitida a presença do pai e da mãe. Se estiverem na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e se os pais quiserem, é permitida a visita de familiares. Além disso, dentro da equipa tentamos que seja sempre o mesmo enfermeiro a acompanhar a família durante a permanência no serviço.

3 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos pais/acompanhantes da criança? E se forem os pais/acompanhantes de uma criança em processo paliativo?

Da minha experiência, o estar presente, para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos pais, é o mais importante. Eles saberem que nós estamos ali e que vamos dar o nosso melhor para ajudar o seu filho.

Outra estratégia extremamente importante é a transmissão de informação, principalmente quando a criança entra para a sala de reanimação. Na sala de reanimação não é permitida a entrada de familiares, incluído os pais. Como tal, há, sempre que possível, um enfermeiro que fica responsável por transmitir informações aos pais.

Envolver os pais nos cuidados, tendo em atenção as necessidades da criança, também permite minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos mesmos.

Quando são pais de uma criança em processo paliativo, para além das estratégias referidas, é permitida a presença de acompanhantes para darem apoio aos pais durante o processo, quer sejam ou não familiares da criança. Também é possível pedir apoio da pedopsiquiatria para os pais, bem como apoio do Padre Jorge.

4 - Relativamente aos irmãos da criança doente. É permitida a entrada dos mesmos na sala de triagem? E na sala de tratamentos? E na sala de aerossóis? E na sala de observação? Se não, qual a justificação?

Aos irmãos da criança doente não é permitida a entrada no SUP, devendo estes permanecer na sala de espera. Contudo, se uma mãe vier com duas crianças pequenas e só uma estiver doente, o irmão saudável não vai ficar sozinho na sala de espera. Nesta situação o irmão saudável acompanha a criança doente e a mãe, passando pelos diversos locais do SUP. Na triagem, quando é identificada a situação, pede-se à mãe para tentar pedir ajuda a um familiar para ficar com o irmão saudável. Na sala de tratamentos, enquanto se efetua um procedimento à criança doente, a auxiliar de ação médica pode ficar, temporariamente, com o irmão saudável, de modo a que este não esteja presente na realização do procedimento.

A entrada dos irmãos não é permitida, ou é condicionada, uma vez que o serviço não tem capacidade para os ter presentes, não existindo um local, uma sala, onde os mesmos possam permanecer. Além disso, o ambiente não é favorável à sua presença, uma vez que é um ambiente contaminado de doenças.

5 - Se forem irmãos de uma criança em processo paliativo, é permitida a entrada e permanência nos diversos locais da urgência? E se forem irmãos de uma criança em fim de vida?

É permitida a entrada e permanência dos irmãos da criança em processo paliativo ou em fim de vida na UICD, por um curto período de tempo, após a estabilização da situação e se os pais o entenderem.

6 - Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pelos irmãos da criança doente? E se forem irmãos de uma criança em processo paliativo?

Para minimizar a experiência emocionalmente intensa, tento criar um ambiente o menos agressivo possível, ou seja, explicando todo o que rodeia a criança doente e de que forma os instrumentos utilizados, o monitor cardiorrespiratório, a medicação em curso, entre outros, estão a ajudar a criança doente, adequando sempre a explicação à faixa etária do irmão. Além disso, e como já foi referido anteriormente, não efetuo procedimentos à criança doente na presença do irmão saudável.

Se forem irmãos de uma criança em processo paliativo, para além do referido, tento gerir a sua presença, de forma a que estejam sempre acompanhados por um familiar significativo.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A entrevista, realizada a uma enfermeira perita, permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades especializadas, na área do trabalho emocional em pediatria, nomeadamente acerca das estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança em processo paliativo.

A presente atividade permitiu-me utilizar a técnica da entrevista, tendo esta última como intuito a promoção da auto e heteroreflexão sobre as práticas de cuidados em contexto da saúde infantil e pediatria. Espero ter conseguido incitar a reflexão sobre as práticas, no sentido de atenuar as experiências emocionalmente intensas vividas em contexto de SUP.

Além disso, e enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, a presente atividade tornou-se essencial para a aquisição de algumas das competências específicas preconizadas pela OE (2010), sendo estas:

- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 24-38.
- Queiroz, A., Meireles, M., & Cunha, S. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.

Apêndice IX:

Espaço de Partilha com Intencionalidade Terapêutica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Espaço de Partilha com Intencionalidade Terapêutica

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ESPAÇO DE PARTILHA COM INTENCIONALIDADE TERAPÊUTICA	4
1.1.A situação da M. e da sua irmã J.....	4
1.2.A situação do O. e do seu irmão L.....	6
1.3.A situação do S. e do seu irmão G.	8
2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DAS DIMENSÕES DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	10
3. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

Como profissão que cuida do outro, de forma holística e humanizada, a enfermagem, na área especializada de saúde infantil e pediatria, tem como objetivo a maximização da saúde da criança, satisfazendo as suas necessidades nas diferentes etapas do desenvolvimento, ou seja, a otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual (OE, 2011).

Segundo Diogo (2006), as emoções dão sentido ao cuidar e ao agir dos enfermeiros, podendo ser positivas ou negativas, perturbadoras ou gratificantes, sendo despoletadas por um evento, a uma experiência emocional. Em pediatria, o cuidar atende, não só aos procedimentos técnicos e do processo de interação, mas também à dimensão emocional, por forma a satisfazer todas as necessidades da criança e família, na qual estão incluídos os irmãos.

As emoções assumem um papel fundamental na vida de qualquer indivíduo, sendo essencial para a criança uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* face à situação de doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010) aguda, que propícia a ida do irmão ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), uma vez que provoca uma rutura com o estágio anterior de bem-estar do sistema.

O trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012) está implícito na construção da relação de cuidados (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcober & Holman, 2007) e implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência não-perturbadora. Significa cuidar do cliente transmitindo tranquilidade e calma, mas também segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que este se sinta cuidado e confiante (Diogo, 2015).

Com o presente trabalho pretendo ilustrar 3 situações nas quais o trabalho emocional em enfermagem pediátrica se tornou evidente, por forma a gerir a experiência emocionalmente intensa dos irmãos da criança que recorreu ao SUP. Posteriormente, concluirei com uma análise das situações ilustradas, onde salientarei competências adquiridas.

1. ESPAÇO DE PARTILHA COM INTENCIONALIDADE TERAPÊUTICA

1.1. A situação da M. e da sua irmã J.

No dia 6 de novembro, após receber o turno, a Enf.^a I. e eu ficámos responsáveis pela sala de tratamentos A. A Enf.^a S., que tinha estado responsável pela sala durante o turno da noite, informou-nos acerca das crianças a quem tinha prestado cuidados e que aguardavam o efeito da medicação para a melhoria da situação de doença. Uma das crianças que se encontrava nesta situação era a M., uma menina de 9 anos que tinha recorrido ao SUP por vómitos e diarreia. Como antecedentes pessoais, a M. tinha diagnosticada uma diabetes tipo I. Estava acompanhada pela sua mãe, a Sra. D.^a P.

Após ter sido observada pelo médico, ainda durante o turno da noite, o mesmo prescreveu ondansetrom oral, que a Enf.^a S. administrou. Contudo, após termos recebido o turno, a mãe da M. veio informar-nos que a mesma se encontrava muito nauseada e com vontade de vomitar. A Enf.^a I. foi comunicar o mesmo ao médico responsável pela M. enquanto eu fui-lhe levar um saco para onde a mesma pudesse vomitar.

Ao chegar junto da M., apercebi-me que a sua mãe estava a falar ao telemóvel, explicando à pessoa que se encontrava do outro lado da linha telefónica o que se estava a passar com a M. Apresentei-me e perguntei à M. como se estava a sentir. Após terminar a chama telefónica, a Sra. D.^a P. disse-me que estava a falar com a J., a irmã da M., e que a mesma estava muito preocupada e queria vir para junto da mesma. Disse-me, também, que tinha informado a J. que não era possível a mesma estar junto da M., pois só era permitida a permanência de uma pessoa a acompanhar a M. Posto isto, expliquei à M. e à sua mãe que a Enf.^a I. tinha ido comunicar ao médico o que se estava a passar e que, assim que o médico desse indicação de como proceder, viria informá-las.

E assim fiz. O Dr. J. deu indicação para administrar ondansetrom endovenoso, sendo por isso necessário puncionar uma veia. Em conjunto com a Enf.^a I. transmitimos estas informações à M. e à sua mãe e procedemos à realização do procedimento.

Após a punção e colocação da medicação em perfusão, a Sra. D.^a P. veio-nos perguntar se a J., a irmã da M., podia entrar só para dar um beijinho à M. A Enf.^a I. acedeu ao pedido dando indicação que a mesma não ficar mais do que 5 minutos na sala com a M.

Ao ver a J. a entrar, apercebi-me que a mesma estava muito preocupada e assustada com o estado da M. Optei por não interromper os poucos minutos que a mesma tinha para estar junto da M. Quando a vi sair a lacrimejar para a sala de espera, abordei a Sra. D.^a P. e questionei-lhe se a curta visita tinha ajudado a J. a ficar menos preocupada com a M. A Sra. D.^a P. informou-me que não pois, como ainda não tinham um diagnóstico definido, não sabia o que dizer à J. para a ajudar a lidar com a preocupação sentida. Questionei, então, se a Sra. D.^a P. me permitiria ir falar com a J. para tentar ajuda-la a gerir as emoções sentidas, pedido ao qual a Sra. D.^a P. acedeu.

Após obter o consentimento da Enf.^a I., fui à sala de espera procurar a J. A J., de 14 anos, encontrava-se sentada num canto da sala de espera a chorar. Abordei-a, sentando-me ao seu lado, apresentando-me e dizendo que fazia parte da equipa que estava a cuidar da M. Tinha pensado iniciar a interação com assuntos mais gerais, por forma a estabelecer uma relação, antes de falar sobre a M. Contudo, após me ter apresentado, a J. perguntou logo o que se estava a passar com a irmã, afirmando que conhecia o SUP e que sabia que se ela estava “deste lado”, no lado A do SUP, onde são tendidos, predominantemente, as crianças triadas com pulseira amarela ou laranja, segundo a triagem canadiana, era porque a situação da M. era complicada. Queria, também, saber porque é que ainda não havia um diagnóstico e o que estávamos a fazer para ajudar a M.

Na sua voz consegui perceber a ansiedade e preocupação sentidas, pelo que comecei por lhe dizer que estávamos a fazer o melhor que podíamos para ajudar a M., na tentativa de atenuar as emoções sentidas. Expliquei-lhe o porquê de a M. ter sido triada com uma pulseira amarela, pois, uma vez que não conseguia ingerir alimentos, havia um risco mais elevado de fazer uma hipoglicémia, pelo que era necessária uma vigilância mais incidente. Além disso, explanei-lhe o porquê de termos puncionado uma veia periférica para efetuar medicação endovenosa, pois a M. não tinha tolerado a medicação oral e assegurei-lhe que, sempre que houvesse alguma alteração ao estado da M. a iria informar. Por último perguntei-lhe se tinha alguma

dúvida e se havia algum familiar ou amigo que estivesse disponível para lhe vir fazer companhia.

Após lhe ter transmitido as informações referidas, J. ficou visivelmente mais tranquila, tendo parado de chorar. A mesma explicou-me que tinha vindo de táxi porque queria estar junto da irmã, mas que a sua mãe já tinha ligado para a avó e que ela vinha a caminho. Perguntou-me, então, se eu podia ficar ali com ela até a sua avó chegar, pedido ao qual eu acedi. Para tentar distraí-la da situação, questionei-lhe sobre a escola, família e amigos, mantendo a conversa de forma fluida e alegre, até a sua avó chegar.

1.2. A situação do O. e do seu irmão L.

Num dos turnos que efetuei no SUP, a Enf.^a I. e eu ficámos, temporariamente, responsáveis pela sala de tratamentos B. O O., um menino de 7 anos, de nacionalidade francesa, tinha recorrido ao SUP devido a uma queda com traumatismo no braço direito. Após ter efetuado os exames complementares de diagnóstico confirmou-se uma fratura no antebraço. A Dra. D. prescreveu um analgésico endovenoso para administrar antes da colocação da tala gessada. Como tal, foi necessário puncionar o O.

Quando a Enf.^a I. chamou o O. para a sala de tratamentos, ele vinha acompanhado pela sua mãe, a Sra. D.^a E., e pelo seu irmão, o L., um menino de 4 anos. A Enf.^a I. perguntou se havia alguém na sala de espera que pudesse ficar com o L. enquanto efetuávamos o procedimento. A Sra. D.^a E. disse que não, pelo que a Enf.^a I. pediu à auxiliar de ação médica (AAM) R. para ficar temporariamente com o L. Na altura disponibilizei-me para ser eu a ficar com o L., mas a Enf.^a I. afirmou que ia necessitar da minha ajuda para puncionar o O. e para traduzir o que ela ia dizendo para francês.

O procedimento foi difícil de realizar. O O. estava muito ansioso e a sua mãe também. Com o intuito de minimizar a ansiedade expliquei o que ia ser feito e pedi a colaboração do O. para respirar profundamente enquanto a Enf.^a I. punçionava. Pedi, também, à Sra. D.^a E. para estar junto do O., proporcionando conforto ao mesmo. Mesmo com a implementação das medidas referidas, o O. gritou e chorou durante a punção venosa.

Quando o procedimento terminou, o O. já estava mais calmo. Contudo, o seu irmão, o L., que tinha estado do lado de fora da sala a ouvir o O. a gritar e a chorar, estava muito assustado. Pedi à Enf.^a I. se o podia ir buscar e levá-lo para junto da sua mãe e do O.

Quando cheguei ao pé do L., ele estava cabisbaixo e com um olhar triste. Baixei-me para estar ao seu nível e perguntei-lhe se queria que eu o levasse para junto da sua mãe. O L. acenou que sim. Estendi-lhe a mão e, quando ele me deu a sua, fui levá-lo à sua mãe. Enquanto caminhávamos perguntei-lhe acerca do brinquedo que trazia na mão, qual o seu nome, bem como se andava na escola, ao qual o L. acenou que sim, e se tinha muitos amigos, ao qual ele me respondeu que o seu melhor amigo se chamava Raul. Junto da sua mãe e do O. expliquei-lhe o que tinha sucedido na sala de tratamentos. Disse-lhe que, apesar de ter gritado um bocadinho, o O. tinha sido muito corajoso e tinha-se portado muito bem, pois não tinha movimentado a mão, como a Enf.^a I. tinha pedido. Expliquei-lhe, também, que o medicamento que o O. estava a fazer ia-lhe tirar as dores e ia ajudar quando a Dra. D. fosse por a tala gessada.

Após a perfusão do analgésico, a Enf.^a I. encaminhou o O. e a mãe para a sala de ortopedia, onde a Dra. D. iria por a tala gessada. Questionei à Enf.^a I. se iria precisar da minha ajuda ou se eu poderia ficar com o L. A Enf.^a respondeu que eu podia ficar com o L.

Assim, perguntei ao L. se queria ir comigo para a sala de espera ver um pouco de televisão. Inicialmente o mesmo mostrou-se renitente, mas, após a sua mãe lhe ter dito que estava tudo bem e que ele podia ir, o mesmo veio comigo. Na sala de espera estavam a dar desenhos animados, mas o L. não estava interessado pois estava preocupado com o que se estava a passar na sala onde o O. estava. Quando nos sentamos perguntou onde estava a sua mãe e o O. Respondi-lhe que a Dra. D. estava a por uma tala no braço do O. para que ele ficasse bom e os dois pudessem brincar novamente. Seguidamente, o L. perguntou-me porque é que ele não podia estar com a sua mãe e o O. Então, expliquei-lhe que na sala onde o O. se encontrava, só era permitida a entrada de meninos que precisassem de tratamento, tendo os meninos saudáveis que esperar na sala de espera. Por forma a distrai-lo questionei-lhe acerca do Raul, se o Raul era da mesma classe que ele, quais as brincadeiras que

costumavam fazer, se já tinha ido a casa do Raul, entre outros. Alegremente o L. foi-me falando do Raul.

Quando a Sra. D.^a E. e o O. chegaram ao pé de nós, de mim e do L., estávamos os dois a brincar, jogando um jogo que o L. costuma jogar com o Raul. A sua mãe disse-lhe que estava na hora de irem embora. Então o L. deu-me um abraço e seguiu de mão dada com a sua mãe.

1.3. A situação do S. e do seu irmão G.

O S. é um menino de 7 anos que recorreu ao SUP por febre, com dois picos febris nas últimas 24 horas. É um menino com antecedentes pessoais de síndrome de intestino curto. Como tal, tem um cateter venoso central (CVC) por onde faz alimentação parentérica no domicílio.

Quando estava no gabinete médico a ser observado, o S. estava, novamente, em subida térmica, pelo que o Dr. A. optou por coloca-lo na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), para que fossem colhidas análises e para que o S. iniciasse antibióticos o mais rapidamente possível.

Para se manipular o CVC, o S. foi encaminhado para a sala de tratamento A, na qual a Enf.^a I. e eu estávamos responsáveis. Uma vez que o S. costuma ficar internado no serviço onde exerço funções, a relação terapêutica já foi estabelecida com o mesmo e com a sua família. Quando o S. entrou na sala e me viu, saltou para o meu colo, abraçando-me. A Sra. D.^a R., a sua mãe, ao ver-me, perguntou o que eu estava a fazer no SUP, ao qual eu lhe respondi que estava a fazer o estágio para obtenção do grau de mestre e título de especialista. Imediatamente após, a Sra. D.^a R. afirmou que, ao ver uma “cara conhecida”, ficou muito mais tranquila.

Sendo mãe de uma criança com uma doença crónica, a Sra. D.^a R. já conhece os procedimentos que são realizados, pelo que perguntou à Enf.^a I. se podia colaborar, pedido ao qual a Enf.^a acedeu.

Após a Enf.^a I. ter colhido o sangue para análise e ter colocado a medicação em curso, o S. foi transferido para a UICD, para, posteriormente, ser transferido para uma enfermaria para ficar internado. Nesse momento, a Sra. D.^a R. perguntou-me se podia ir chamar o G., o irmão do S., um menino de 5 anos, que tinha ficado na sala de espera a brincar com os seus brinquedos. Não estando responsável pela UICD,

questionei a Enf.^a B. se a mesma permitia a entrada o G. A Enf.^a B. acedeu ao pedido, contudo disse que o G. só podia permanecer por um curto período de tempo. Ao ver que me estava a afastar, o S. chamou-me e perguntou se eu podia ficar ali a brincar com ele e com o G. Após obter o consentimento da Enf.^a I. e da Enf.^a B., fiquei um pouco a brincar com o S. e com o G.

Comecei a brincadeira, abordando o G., no sentido de perceber quais os medos que este tinha em relação ao internamento do S. Perguntei-lhe se ele sabia para onde o S. ia e se ficava preocupado por o S. estar no hospital e não em casa para brincar com ele. Para meu espanto, o G. respondeu-me que sabia que o S. estava no hospital para ficar bom e para poder brincar com ele quando chegasse a casa. Além disso, sabia que as tias do sítio onde o S. costumava ficar (as enfermeiras do serviço) eram amigas do S. e brincavam com ele. Assim, percebi que o G. não estava preocupado nem com receio do internamento do irmão, pelo que continuei a brincadeira.

Com o continuar da brincadeira consegui compreender o que preocupava o G. Quando o S. ficava internado, a sua mãe, Sra. D.^a R., permanecia no internamento com o mesmo, indo esporadicamente a casa. O G. tinha receio que a mãe se esquecesse dele, uma vez que não estava em casa com ele. Nessa altura, tentei confortá-lo dizendo que sabia que a mãe gostava muito dele e que nunca o iria esquecer, por mais tempo que ficassem separados. Posteriormente, conversei com a Sra. D.^a R., expliquei-lhe o sucedido e juntas tentámos pensar em maneiras de colmatar a sua ausência. Sugeri que o G. fosse visitar o irmão ao fim-de-semana e que, se possível, os três fossem brincar ao jardim. Além disso, sugeri a realização de videochamadas e a troca de fotografias, no sentido de minimizar a saudade e a distância sentida. A Sra. D.^a R. disse-me que ia tentar estar mais presente nas alturas em que o G. estava em casa, indo a casa para jantar com o mesmo e para lhe ler uma história antes de dormir.

2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DAS DIMENSÕES DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Segundo Honoré (2004) aos gestos de enfermagem relacionados com aspetos emocionais não é dada a visibilidade necessária porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora para o cliente estes sejam muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções.

Com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e nos próprios (Diogo, 2015).

O conceito de trabalho emocional estendeu-se à disciplina de enfermagem através de Pam Smith (1992, 2012). A autora ressalva a dupla centralidade do conceito: o enfermeiro e o cliente, assumindo como o papel de transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença (Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016). Além disso, a autora defende, ainda, que o trabalho emocional deve ser aprendido como qualquer outra competência necessária para a prestação de cuidados, dando ênfase, não só à gestão das emoções negativas, mas também às restantes componentes do trabalho emocional do enfermeiro, sendo estas: dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas (Smith, 1992).

No entanto, a complexidade do trabalho emocional, intrínseco ao cuidar em enfermagem, requer, não só, experiência, na medida em que o trabalho emocional difere em diferentes contextos de cuidados (Hunter & Smith, 2007), mas também perícia do enfermeiro na gestão das emoções (Benner & Wrubel, 1989; Smith, 2012; Diogo, 2017).

Com as situações apresentadas, procurei ilustrar o trabalho emocional desenvolvido com os irmãos das crianças doente, tendo por base as cinco

componentes do trabalho emocional em enfermagem pediátrica definidas por Diogo (2015), sendo estas: promover um ambiente seguro e afetuosos, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros). Foi minha intenção mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* que ajudassem as crianças na gestão dos sentimentos negativos, transformando a experiência numa vivência não-perturbadora ou, até mesmo, positiva, como preconizam Diogo, Baltar e Prudêncio (2016).

Segundo Diogo (2015, p. 116) “o ambiente do hospital pode ser esmagador tanto para a criança/jovem como para os pais”. Como tal, os enfermeiros procuram promover um ambiente seguro e afetuosos, através da humanização do ambiente físico, tendo em conta o acolhimento, cumprimentando o cliente, expressando afeto, criando um ambiente familiar, preservando a segurança no quarto, estando em sintonia com o mundo fantástico da criança e despedindo-se calorosamente.

O ambiente físico do SUP, não é o mais indicado para as crianças. As paredes são brancas e não há brinquedos disponíveis. Para promover um ambiente seguro e afetuosos, procurei utilizar os brinquedos das crianças durante a interação. Além disso, utilizo pines, fitas e estojos coloridos, o que também contribui para criar um ambiente familiar, corroborando, assim, com os achados de Diogo (2015).

Em enfermagem pediátrica, na gestão emocional da criança, com vista à promoção do bem-estar, é primordial a presença de afeto na prestação de cuidados: “a dádiva do afeto (...) espelhada pelo sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo (...) gestos de carinho (...), trata-se de um alimento que nutre as múltiplas interações” (Diogo & Baltar, 2014, p. 156). Assim, na prática de cuidados de enfermagem, o afeto e tem vindo a ser apontado como característica definidora do cuidar, sendo, somente desta forma, possível criar uma relação terapêutica com o cliente, uma vez que, segundo Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens e Diogo (2010, p. 72) “cuidar ou relação terapêutica é o mesmo”.

Nas situações escritas, o colo, o dar a mão, os abraços, a utilização da terminação *-inho* nas palavras, são demonstrações de afeto nos cuidados, permitindo que as crianças se sintam amadas e consideradas. Além disso, promovem a confiança dos pais nos enfermeiros e a segurança nos cuidados, a tranquilidade e bem-estar da criança, aliviando o seu sofrimento, e permitem o desenvolvimento e consolidação da relação da relação (Diogo, 2015).

Além das estratégias para a promoção de um ambiente seguro e afetoso e para nutrir os cuidados com afeto, foram, também, desenvolvidas um conjunto de ações, mais dirigidas, para facilitar a gestão das emoções dos clientes, cuja finalidade é modificar os estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar, potenciar o autocontrole emocional e conquistar a confiança do cliente (Diogo, 2015).

Todas as estratégias utilizadas para a gestão emocional, como a transmissão de informações, a explicação dos procedimentos efetuados, o esclarecimento de dúvidas, o permitir estar próximo do irmão doente, entre outros conduziram à diminuição da ansiedade e do medo, permitindo tranquilizar as crianças e, ainda, minimizar o seu sofrimento. Além disso, foi possível incrementar o sentimento de confiança, essencial para o desenvolvimento e consolidação da relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015).

Construir a estabilidade no relacionamento tem como finalidade a tranquilidade e afetividade nas relações entre os enfermeiros e os clientes, sendo, por isso, necessário um convívio pacífico e uma minimização dos conflitos para a prestação de cuidados, bem como a promoção da tranquilidade dos pais e da percepção que podem contar com os enfermeiros, permitindo melhor adaptação e capacidade para lidar com a doença, aceitação e compreensão para com os enfermeiro e que as orientações ou explicações fornecidas sejam tidas em conta (Diogo, 2015).

Enquanto enfermeira, sempre senti que era necessário tempo para construir uma relação com os clientes, principalmente com as crianças. Contudo, nas situações descritas, é possível verificar o contrário, uma vez que não senti nenhuma dificuldade, nem resistência, ao estabelecimento das relações. Embora seja visível a diferença entre a relação previamente estabelecida, como corrobora Diogo (2015), e as outras duas, sinto que consegui estabelecer uma ligação afetiva com as crianças, promovendo o seu bem-estar. “O envolvimento emocional traduz o investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente” (Diogo, 2015, p. 147) e está associado a resultados positivos para os clientes (Brooks & Phillips, 1996). O envolvimento emocional e o afeto são, segundo Henderson (2001), essenciais para o cuidar num contexto relacional estável e propício, conduzindo a que a emocionalidade excessiva

seja modificada para significações positivas, o que influencia positivamente as relações enfermeiro-cliente (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Para cuidar, os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, que se traduz na sensibilidade e atenção afetiva para com os clientes e para com as experiências emocionais que estes vivenciam, sendo esta uma característica básica na ação dos enfermeiros. Contudo, a disposição emocional dos enfermeiros sofre oscilações, sendo regulada pelos mesmos com intencionalidade terapêutica. Para a regulação da disposição emocional os mesmos utilizam estratégias que garantem a proximidade e a empatia emocional, mas que evitam a exaustão emocional (Van Sant, 2003). Diogo (2015) apresenta, nos seus estudos, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, sendo estas: analisar as experiências, partilhar o que sente, compreender as reações do cliente, atenuar positivamente e não se deixar afetar

A análise das situações vivenciadas, através da realização do presente trabalho, bem como as demonstrações de afeto pelas crianças, como os abraços e os beijinhos que me deram, permitiram a regulação da minha própria disposição emocional. Segundo Diogo (2015), os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções neles próprios para conseguirem transformar as emoções perturbadoras e continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional, promovendo o bem-estar e o alívio do sofrimento e contribuindo para a adaptação do cliente à sua situação.

3. CONCLUSÃO

Ao longo do presente trabalho foram descritas algumas intervenções mobilizadas na prática de cuidados à criança, com as quais “(...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência da doença e hospitalização” (Diogo, 2015, p.175-176).

Considero que a presente atividade foi de extrema relevância para o meu percurso enquanto enfermeira especialista, pois permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades especializadas, na área do trabalho emocional em pediatria, nomeadamente acerca das estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela criança e família, tendo especial atenção aos irmãos da criança doente.

Refletir sobre a prática profissional tem, também, um papel imprescindível no desenvolvimento de competências, pois permite que o enfermeiro reflita sobre os acontecimentos, que tenha visão do todo da situação em causa. Refletir torna explícito o conhecimento proveniente da experiência prática, devendo ainda ser debatido, examinado e contestado entre pares e em equipa multidisciplinar.

Enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, a presente atividade tornou-se essencial para a aquisição de algumas das competências específicas preconizadas pela OE (2010), sendo estas:

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Brooks, F. & Phillips, D. (1996). Do women want women health workers? Women's views of primary health care service. *Journal of Advanced Nursing*. 23. 1207-1211.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Acedido a: 08/12/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante - O trabalho emocional em enfermagem. *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148 – 159.
- Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*. 8(2). 130-138.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–61.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work*

& *Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*. 21(1). 30-47.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). o Lugar do Afecto na Prática e Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 12(2). 71-81.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 24-38.

Queiroz, A., Meireles, M., & Cunha, S. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.

Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.

Van Sant, J. (2003). *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting*. Dissertação apresentada à Widenr University of Nursing. Pennsylvania: EUA.

Apêndice X:

Jornal de Aprendizagem em contexto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Jornal de Aprendizagem

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

1. DESCRIÇÃO

Durante o estágio na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), tive oportunidade de efetuar uma visita domiciliária ao M. A sua família é constituída pela Sra. D.^a A., a sua mãe, pelo Sr. J., o seu pai, e pela F., a sua irmã que tem 7 anos. Uns anos antes do nascimento da F., os pais do M. tiveram outra menina, a O., que morreu ao segundo dia de vida por morte súbita.

Ao M. tinha sido diagnosticada uma doença do foro metabólico que aumentava exponencialmente o risco de morte súbita, tendo dificultado o processo de vinculação.

A Enf.^a A., com a qual estava a realizar as visitas domiciliárias planeadas para o dia, já conhecia a família. O M. já estava em casa há algumas semanas, tendo sido a mesma a visitar a família ao longo desse tempo.

Antes de iniciarmos a visita, a Enf.^a A. explicou-me algumas dificuldades pelas quais a família estava a passar. Disse-me que a mãe tinha receio em ficar sozinha com o M., que não tinha sido desenvolvida uma vinculação segura e que os pais não permitiam que a F. se aproximasse, nem que brincasse com o M.

Tocámos à campainha e a Sra. D.^a A. veio abrir a porta com o M. ao colo. Ao entrarmos, apresentei-me e cumprimentei a Sra. D.^a A. e o M. O M. fazia 4 meses no dia da visita. É um lactente bem-disposto e muito sorridente. Ao ver-nos entrar, o M. estendeu os braços para a Enf.^a A., como que a pedir-lhe colo. A sua mãe, acedeu ao pedido do M., passando-o para o colo da Enf.^a.

A Sra. D.^a A. encaminhou-nos para a sala onde pudemos conversar um pouco e avaliar o crescimento e desenvolvimento do M. Enquanto a Enf.^a A. ia questionando a Sra. D.^a A. como estavam a correr a presente semana, a F. entrou na sala. Nesse dia, por ser greve dos professores, a F. tinha ficado em casa. Sabendo da problemática que abordo no meu relatório de estágio, a Enf.^a A. propôs-me abordar a F. Como tal, questionei à Sra. D.^a A. se a mesma me permitia ir falar um pouco com a F., pedido ao qual a Sra. D.^a A. acedeu.

A F. estava sentada no chão a brincar com umas bonecas. Aproximei-me da mesma, sentei-me ao seu lado e apresentei-me, sorrindo. A F. olhou para mim, sorriu e voltou a olhar para os seus brinquedos. Perguntei-lhe se podia brincar com ela, pedido ao qual a mesma acedeu, dando-me um brinquedo. Nessa mesma altura, disse-me que estava a brincar aos pais e às mães, sendo ela a mãe, a Luísa. Disse-

me, também, que o boneco que ela tinha na mão era o filho dela, o Tomás, e que eu era a filha dela, a Marta. Achei que a brincadeira era a ideal para perceber como a mesma estava a gerir a vinda do M. para casa, fazendo eu o papel que a F. desempenhava na vida real.

Começámos, assim, a brincadeira. A Luísa, a mãe, estava a dar banho ao Tomás, pelo que perguntei se podia ajudar no banho. A mãe disse-me que não porque ele era muito pequeno e a mãe não precisava de ajuda. Argumentei dizendo que já era uma menina crescida e que sabia que devia utilizar os “paninhos” (compressas) para lavar o Tomás. A mãe, um pouco exaltada, disse-me que já me tinha dito que não e que era melhor eu ir brincar para o meu quarto. Como tal, afastei-me um pouco, simulando que estava no meu quarto a brincar com os bonecos. Quando a mãe acabou de dar o banho ao Tomás, pude observar a forma como colocava a fralda com delicadeza. Nessa altura, aproximei-me e perguntei se podia escolher a roupa para o mano vestir. A mãe disse-me que não porque não ia saber escolher, porque estava frio e ela sabia que eu lhe ia querer vestir uns calções. Então pedi-lhe para me ensinar a escolher a roupa que o Tomás devia vestir, para numa próxima vez conseguir escolher uma roupa mais adequada. A mãe olhou para mim surpreendida e sem saber o que responder. Após pensar um pouco, a mãe acedeu ao meu pedido e começou a explicar-me que tinha que lhe vestir uma camisola interior e um pijama quentinho porque estava frio e, como o Tomás é muito pequeno, tinha muito frio. Enquanto a mãe ia explicando, fui-me aproximando do Tomás. Quando cheguei perto do boneco Tomás, tinha intensão de lhe fazer uma festa na cara e de lhe pegar ao colo, mas, antes que o conseguisse fazer, a mãe começou a gritar comigo, dizendo-me que já me tinha dito que não me podia aproximar do Tomás e que ia ficar de castigo no meu quarto.

Quando a F. começou a gritar, dentro da nossa brincadeira, a Sra. D.^a A. olhou para a F. com reprovação, levantou-se, fazendo com que a F. parasse de gritar, e disse-lhe, de forma ríspida, para ir para o seu quarto, pois ali estava a fazer muito barulho para o M.

A Enf.^a A., antes de entrarmos em casa do M., já me tinha dito que os pais estavam com dificuldades em integrar o M. na família e em gerir a interação da F. com o M., pois tinham receio que a mesma formasse uma ligação ao M., não sabendo como iriam gerir a situação caso o M. falecesse. A Enf.^a A. disse-me, também, que já

tinha tentado abordar esta questão, mas sem sucesso. Após o sucedido com a F., a Enf.^a A. e eu percebemos que a situação tinha que ser novamente abordada. A Enf.^a A. já tinha feito a avaliação do crescimento e desenvolvimento do M. e ele estava a dormir, pelo que a mesma pediu à Sra. D.^a A. para o ir colocar no berço para que pudéssemos conversar mais um pouco. Enquanto a Sra. D.^a A. foi até ao quarto do M., contei à Enf.^a A. a brincadeira que tive com a F., na qual compreendi a forma com a Sra. D.^a A. interagia com a F., sempre que esta tenta aproximar-se do irmão. A Enf.^a A. pediu-me para ser eu a abordar a Sra. D.^a A. Assim o fiz.

Quando a Sra. D.^a A. regressou, comecei por lhe explicar o motivo do meu estágio na UMAD e qual a problemática que estava a abordar no meu relatório de estágio. Posteriormente disse-lhe que compreendia que a situação que estavam a vivenciar era complexa e que sabia que não havia resposta certas ou maneiras corretas de agir e que, como tal, eu só lhe iria dar sugestões, cabendo à própria decidir como atuar. Posto isto, questionei-lhe como tinha corrido a transição do hospital para o domicílio. A Sra. D.^a A. disse-me que não tinha sido fácil pois, na altura, não se sentia preparada e porque tinha receio do que pudesse acontecer ao M. Seguidamente questionei-lhe como tinha sido a integração do M. na família e a adaptação da família ao M. Nessa altura, a Sra. D.^a A. ficou visivelmente emocionada e disse-me que não sabia como gerir a situação pois tinha receio que ela, o marido e a F. formassem uma ligação emocional com o M., caso ele falecesse, a sua morte seria mais difícil de aceitar. Disse-me também, que não permitia que a F. interagisse com o irmão com o intuito de a proteger. Expliquei-lhe, então, que a ligação emocional com o M. já tinha sido formada, tanto por ela como pelo seu marido e pela F. e que a integração da F. nos cuidados ao M. possibilitaria a criação de memórias importantes e facilitaria o seu processo de luto, caso fosse necessário efetua-lo. Posteriormente, contei-lhe da brincadeira que estávamos a ter, a F. e eu, e da forma como a mesma impersonificou o papel de mãe, utilizando expressões e frases que a Sra. D.^a A. utilizou em situações semelhantes. Ao contar, a Sra. D.^a A. mostrou-se atónita pois não tinha percebido como as suas ações estavam a influenciar a F. Contar a brincadeira permitiu, também, que a Sra. D.^a A. percebesse como a F. se sentia, conduzindo a uma reflexão sobre a sua própria ação. No fim, a Sra. D.^a A. agradeceu-me por tê-la ajudado a visualizar esta situação, afirmando que ia mudar o seu comportamento para com a F.

2. SENTIMENTOS

As visitas domiciliares são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações de educação em saúde e de conscientização dos pais das necessidades da criança. De acordo com Marinheiro (2002), a capacidade da família se ajustar a uma criança com necessidades especiais depende, em grande medida, da disponibilidade de uma rede de apoio, dos seus mecanismos de adaptação, dos recursos disponíveis e da percepção do tipo e gravidade da doença. Neste sentido, o apoio prestado pela equipa de enfermagem no domicílio pode ser fundamental para ajudar a criança e família na adaptação ao novo ambiente, tendo em conta a especificidade de cuidados de cada criança. A presente situação demonstra a importância das visitas domiciliares realizadas pela equipa da UMAD, uma vez que ajudaram a família a adaptar-se ao novo membro, ao M., e à especificidade da sua situação. Além disso, com a minha atuação na presente visita, contribui para colmatar outro problema identificado, a integração do M. na família e a adaptação da família ao mesmo, principalmente na interação entre a F. e o M.

Além disso, segundo Diogo (2015) a responsabilidade do enfermeiro é estar autenticamente presente e procurar saber o que é significativo para o cliente. No caso da F., tornou-se prioritário conhecer as suas emoções, ou seja, perceber as suas necessidades, as suas expectativas e o porquê dos seus comportamentos para conseguir ajudar a sua família a gerir a situação. Só através desse conhecimento é possível um cuidar efetivo, pois tal como afirma Phaneuf (2005) conhecer as emoções do outro, tanto da F. como da Sra. D.^a A., permite ajudá-lo a tomar consciência das mesmas e a partir desse conhecimento fazer emergir uma nova realidade, em que a pessoa percebe a sua maneira de ser, o seu sentir, e os seus comportamentos/reações. Este conhecimento foi fulcral para a Sra. D.^a A., pois permitiu a mudança de comportamento em relação à F., permitindo uma aproximação da mesma ao irmão.

Assim, posso considerar que a experiência foi extremamente importante e rica, quer a nível emocional e humano, como a nível profissional e académico, pois contribuiu para o meu desenvolvimento e para a aquisição de competências enquanto EEESCJ.

3. AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

A experiência descrita foi extremamente desafiante do ponto de vista emocional. Contudo, permitiu o desenvolvimento de competências, sendo estas algumas das descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010):

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

4. AGENDA

Após a situação, enquanto regressávamos para a carrinha de transporte, pedi à Enf.^a A. para, se possível, reavaliar a integração da F. nos cuidados ao M., bem como a experiência emocional que a mesma estava a vivenciar, de forma a não comprometer o seu desenvolvimento e o seu bem-estar.

Na semana seguinte, desloquei-me até ao serviço, pois tinha-me esquecido de pedir para assinar a folha de presenças. Quando cheguei, a Enf.^a A. estava a regressar das visitas domiciliárias daquele dia. Tinha ido a casa do M. e verificou diferenças na família. Os pais estavam mais confortáveis nos cuidados ao M. e permitiam que a F. colaborasse em pequenas coisas, como colocar a chuca ao M., tapa-lo com a manta, entre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermeiro de Ligação. Cuidados pediátricos do domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.

Apêndice XI:

III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

1. PROGRAMA DO ENCONTRO	3
2. RESUMO DO ENCONTRO	4
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

1. PROGRAMA DO ENCONTRO

O III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa, cujo tema era: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, decorreu nos dias 10 e 11 de novembro de 2017, no Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

No mesmo foram abordados diversos temas, estando estes divididos por conferências e mesas. Assim, no dia 10 de novembro, o encontro começou com uma conferência intitulada: A Vulnerabilidade. Seguidamente, foi constituída a primeira mesa: A Vulnerabilidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Que Respostas!, na qual foram apresentados os seguintes temas:

- Técnicas de alimentação no recém-nascido pré-termo;
- Método Canguru: a importância da voz materna em bebés vulneráveis;
- O posicionamento e o neurodesenvolvimento;
- Ganhos em saúde com Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.

Após uma pausa para almoço, iniciou-se a segunda e última mesa do dia, intitulada: Cuidar na Vulnerabilidade: Experiência do Centro Materno Infantil Norte / Centro Hospitalar Universitário do Porto, onde foram aclarados os temas:

- Os pais na UCIN;
- Contornar a vulnerabilidade dentro e fora de portas;
- Cuidar - Experiência da Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos: o KASTELO.

No dia 11 de novembro, o encontro retomou com a mesa: A Vulnerabilidade na Comunidade, onde foram apresentados os temas:

- A Intervenção Precoce na Infância: sua implicação na população vulnerável 0-5 anos e a organização de serviços de Intervenção Precoce em Portugal;
- Fundação Liga;
- Banco do Bebê: intervenção Domiciliária em interface com a Comunidade.

Por último, o encontro encerrou com a conferência intitulada: Cuidados Continuados.

2. RESUMO DO ENCONTRO

No dia 10 de novembro, o encontro começou com a conferência intitulada: A Vulnerabilidade, na qual foi apresentada a sua definição, deixando o mote para os dois dias do encontro. A palavra vulnerabilidade deriva do Latim e aponta para uma situação de especial suscetibilidade, de fragilidade, de defesas reduzidas, ou seja, significa estar em maior risco de ter problemas de saúde física, psicológica ou social, sendo, por isso, o recém-nascido pré-termo (RNPT) considerado vulnerável.

A primeira mesa referida, iniciou com a temática da alimentação no recém-nascido pré-termo, na qual foi explanada a importância da escolha correta da técnica de alimentação, devendo esta ser adequadas às competências oro-motoras do RNPT, pois influenciam o desenvolvimento da deglutição e respiração, diferem no mecanismo de sucção e influenciam o crescimento e desenvolvimento das estruturas oro-faciais nos primeiros anos de vida. Além disso, foram explicados os 3 tipos de técnicas: biberão, copo e *finger-feeding*. Por último, foi salientada a importância da implementação de uma técnica segura, funcional e prazerosa para a criança, pois o seu objetivo, para além da aquisição de competências oro-motoras, é a autonomia alimentar e o consistente ganho ponderal.

Seguidamente foi esclarecido o Método Canguru, que surgiu na década de 70, na Colômbia, devido à falta de incubadoras para colocar os recém-nascidos (RN), permitindo, assim, que os mesmos se mantivessem quentes. Posteriormente o método foi adotado noutros países pois, além do aquecimento, este método promove a transição do RN para a vida extra-uterina. O Método Canguru é, então, o contacto pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre, preferencialmente, a mãe e o bebé. A preleitora apresentou, também, as vantagens do método, sendo estas a diminuição da mortalidade e morbilidade, a diminuição do tempo de internamento, a diminuição da dor e da prevalência de infeções, o aumento do tempo e da qualidade do sono, a estabilização dos sinais vitais, a promoção da vinculação, do aumento ponderal e do aleitamento materno e a melhoria da tolerância da transferência de ventilação mecânica para a respiração espontânea. Além disso, foram explanados os critérios de elegibilidade e de exclusão para a aplicação do método e, por último, as condições que devem estar reunidas para a sua implementação.

Posteriormente, foi abordado o tema do posicionamento e do desenvolvimento, tendo iniciado a sua apresentação com a explicação das 7 medidas neuroprotetoras, sendo estas: a parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, proteger a pele, minimizar o *stress* e a dor, otimizar a nutrição, salvaguardar o sono e o ambiente. Após a explicação os preletores focaram-se no posicionamento e manipulação, uma vez que, o alinhamento e corporal do RNPT e a forma como é manipulado são fatores que contribuem para o neurodesenvolvimento, sendo o RNPT incapaz de adotar um posicionamento estável e adequado, sem a utilização de suportes apropriados. Assim, foi abordado o posicionamento terapêutico, que tem por objetivo a replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando suporte postural e de movimento, a fim de otimizar o desenvolvimento neuromuscular e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por recém-nascidos de termo saudáveis, bem como os princípios fundamentais para a manipulação do RNPT, devendo os cuidados ser estabelecidos com base nos sinais de *stress* expressados. Além disso, a manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do RN fletidas e contidas e o manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros, tendo especial atenção para não perturbar o sono do RNPT.

Por último, foi explicada a importância da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), bem como os ganhos para a saúde proporcionados com o trabalho desenvolvido. A UMAD tem, então, como objetivos: promover a continuidade dos cuidados no domicílio, melhorar a qualidade de vida da criança e família no seu ambiente, diminuir as deslocações ao hospital e promover a articulação com os recursos da comunidade. Para tal, a unidade desenvolve as seguintes atividades: promoção do aleitamento materno, promoção da vigilância de saúde infantil e ensino sobre a alimentação materna durante a amamentação, aleitamento artificial, sono e repouso e higiene e conforto. Além disso, prestam cuidados a crianças com patologias do foro respiratório, a crianças com cateteres venosos centrais, organizam e reforçam os ensinamentos relativos à terapêutica, fazem a referenciação para consultas ou encaminham para o serviço de urgência, administram o Palivizumab e monitorizam as crianças. Estas intervenções traduzem-se em ganhos em saúde, uma vez que permitem a redução da taxa de reinternamentos, do número de visitas hospitalares e do absentismo laboral dos cuidadores, promovem o aleitamento materno, promovem

e reforçam as competências parentais e melhoram a qualidade de vida do ex-RNPT e da sua família através de cuidados de enfermagem, médicos e de reabilitação.

Como foi referido, a segunda mesa do encontro iniciou com a abordagem do tema: Os pais na UCIN, tendo a mesma começado com uma breve evolução histórica do papel dos pais na UCIN. Inicialmente, no início do Sec. XX, os pais eram considerados como uma ameaça ao RN, sendo relegados para um papel secundário e indireto. Com o passar do tempo os pais foram sendo, progressivamente, considerados como importantes para o desenvolvimento do filho, até que, em 1970, segundo a palestrante, se começou a desenvolver a parceria de cuidados entre os pais e os profissionais. Atualmente preconiza-se os cuidados centrados na família (CCF), sendo a mesma vista como uma fonte de força e apoio para o RN e incluída no planeamento, cuidado e tratamento do seu filho. Assim, a filosofia dos CCF engloba o respeito, informação, escolha, flexibilidade, colaboração e apoio a todos os níveis de prestação de cuidados, minimizando, ou até mesmo eliminando, as barreiras à parentalidade e traz diversas vantagens, como por exemplo, a diminuição do tempo de internamento, a melhoria da ligação pais-filho, o aumento do bem-estar do RNPT, melhores resultados em termos de saúde mental, melhor utilização dos recursos, maior satisfação da família, entre outros.

O tema que se seguiu abordava a questão da vulnerabilidade dentro e fora de portas, sendo considerada como “dentro de portas” a vulnerabilidade do RN e como “fora de portas” a vulnerabilidade da mãe. O RN é considerado, pelas palestrantes, como vulnerável devido à sua imaturidade, fragilidade, separação mãe-filho e devido à necessidade de cuidados especializados para sobreviver. Como tal, devem ser implementadas medidas com o intuito de promover o crescimento e desenvolvimento do RN, devendo-se ter especial atenção ao ambiente envolvente, ajustando o nível de iluminação e minimizando o ruído. Além disso, é fulcral proteger a pele, proteger/salvaguardar o sono, minimizar o *stress* e a dor, otimizar a nutrição, promover o aleitamento materno e ter em atenção o posicionamento e a manipulação. A mãe do RN é apontada como vulnerável devido à interrupção súbita da gravidez, ao afastamento mãe-filho que se impõe logo após o nascimento, à discrepância entre a imagem do filho idealizado e a do filho real, à barreira existente entre a mãe e o filho devido à tecnologia existente e aos cuidados especializados necessários, à constante ameaça de perda do filho e, por último, devido à sensação de incapacidade para

desempenhar o papel de mãe. Para minimizar a vulnerabilidade da mãe, o enfermeiro deve acolher a mãe na UCIN, incentivar a sua presença no serviço, promover o toque, mediar os receios, medos e dúvidas e impulsionar a preservação dos vínculos afetivos. Assim, a mãe sentir-se-á a desempenhar o seu papel de mãe e ganhará segurança em tocar no filho, ao mesmo tempo que é fomentado o estabelecimento do vínculo afetivo com o filho e estimulada a produção de leite materno.

Para concluir o primeiro dia do encontro, foi apresentado o Castelo, a primeira Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos na Península Ibérica e a quarta na Europa. A mesma foi construída pela associação Nomeiodonada, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que tem como objetivo a prestação de serviços de apoio de natureza moral e material a pessoas e grupos que deles careçam, nomeadamente a pais e familiares com vivências em cuidados intensivos neonatais e pediátricos, promovendo um equilíbrio bio-psico-social e familiar e maximizando o bem-estar destes. O Castelo funciona em duas modalidades, a modalidade de internamento, com 26 camas, e a de hospital de dia, com 4 camas. Além disso, tem uma residência onde os pais podem permanecer, uma zona lúdica e uma horta biológica. O mesmo acolhe crianças com doenças crónicas, neuromusculares, asfixias neonatais, síndromes raros, doenças oncológicas em fase terminal, entre outras. A criação da unidade trouxe ganhos em saúde, tanto para as crianças como para as suas famílias, uma vez que possibilita o aumento do bem-estar, quer da criança, quer da família, uma maior estabilidade socioeconómica, um aumento da disponibilidade para os filhos, o regresso à atividade profissional, para os pais, um aumento da realização pessoal e a continuidade dos sonhos pessoais, um aumento da união familiar, a criação de condições habitacionais para o regresso da criança ao domicílio, entre outros. Para terminar foi transmitido um vídeo do natal de 2016 no Castelo.

No dia 11 de novembro o encontro foi retomado com a mesa intitulada A Vulnerabilidade na Comunidade, tendo a mesma iniciado com a temática da intervenção precoce na infância (IPI). A IPI implica: construir competências nos cuidadores, sejam estes os pais, familiares, amigos, professores, entre outros, promover o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças, apoiar a saúde e a alimentação das crianças e mãe, antes, durante e após a gravidez, melhorar a qualidade do alargamento dos cuidados ambientais no período da IPI e o

estabelecimento de objetivos claros e apropriados em currículos devidamente orientados. Em Portugal, vários cientistas e investigadores iniciaram e aprofundaram conhecimentos em IPI a partir da década de 80. Esses conhecimentos foram fundamentais para a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), em 2009. A referenciação para a intervenção precoce pode ser efetuada por qualquer elemento com competência para o efeito, através do preenchimento de uma ficha de referenciação, devendo a mesma ser dirigida à sede da equipa local de intervenção da área de residência da família ou da área geográfica mais adequada, como por exemplo o local da creche que a criança frequenta.

Posteriormente, foi apresentada a Fundação Liga, uma organização que foi fundada nos anos cinquenta, tendo sofrido diversas alterações até aos dias de hoje. Atualmente, a fundação define como orientação da intervenção, procurar responder às necessidades e interesses de cada cliente na sua circunstância, abrangendo cerca de 1600 pessoas por ano, com idades compreendidas entre os zero e os mais de cem anos, com condicionamentos da sua funcionalidade física, social e/ou cultural e concretiza-se em programas/serviços abrangentes, nas áreas da Investigação, da Intervenção Precoce na Infância, da (Re)Habilitação, da Formação Profissional e da Empregabilidade. Inclui, ainda, programas dirigidos ao desenvolvimento de capacidades complementares essenciais ao desenvolvimento humano, nas áreas da Acessibilidade e Vida Autónoma, do Desporto, da Recreação, da Arte e da Cultura. Para tal, a visão da fundação passa por reconhecer a pessoa como única e irrepetível na sua identidade e dimensão física, psíquica e social e por participar no avanço das fronteiras do conhecimento, na área das Ciências da Funcionalidade Humana e do Design e Sociedade, numa liderança responsável e partilhada, produzindo e transmitindo ideias e resultados que possam contribuir para o desenvolvimento de uma cultura social participativa, consequente para a melhoria dos padrões éticos e da realização humana. Assim, a missão da Fundação Liga é: contribuir para o bem-estar físico e mental das pessoas, nomeadamente as pessoas em situação de desvantagem, pautando a sua ação pela procura constante da eficiência e da eficácia, recolher a sua experiência histórica e atual para a sistematizar, fundamentar e divulgar cientificamente e para, através da investigação, da educação e da formação, recriar e renovar continuamente os seus conceitos e as suas práticas e promover uma nova

cultura social de participação, individual e coletiva, que dinamiza oportunidades diferenciadas potenciadoras das capacidades de cada cidadão.

Para terminar a mesa, foi apresentada a associação Banco do Bebê, uma IPSS, que tem como missão assegurar a todos os RN e suas famílias a dignidade necessária no início da sua vida. Para concretizar esta missão o Banco do Bebê apoia as famílias através da doação de bens essenciais no início de vida e através da capacitação das figuras parentais nos cuidados ao RN, respondendo a situações referenciadas por diversas unidades de saúde, sendo estas a Santa Casa da Misericórdia, o Hospital Beatriz Ângelo, o Hospital Santa Maria e a Maternidade Alfredo da Costa. A equipa do Banco do Bebê é constituída por uma coordenadora (fisioterapeuta), uma psicopedagoga, uma assistente social e 20 voluntários, sendo estes: 5 conselheiras de aleitamento materno, 2 promotoras de aleitamento materno, 3 enfermeiros, 1 educadora de infância, 1 psicóloga, entre outros, estando a equipa em constante articulação com as equipas técnicas das unidades de saúde e instituições parceiras. A população-alvo da associação são bebés dos 0 aos 3 anos de idade, sejam estes prematuros, que precisam de um olhar continuado no seu contexto natural de vida, RN, com fatores de risco perinatal, como asfixia, anomalias congénitas graves, doenças genéticas, neuromusculares, entre outras, e/ou bebés até aos 3 anos com fatores sociais ou ambientais que suscitem risco de desenvolvimento. Além disso, também estão incluídas, na população-alvo, famílias com fatores socioeconómicos desfavoráveis, com pais ou cuidadores pouco seguros nos cuidados a prestar ao bebé, com pais ou cuidadores com frágil vinculação ao bebé e famílias pouco estruturadas ou com frágil rede de apoio. Assim, a associação estabelece um plano de intervenção individual para cada bebé e família, em conformidade com a intervenção centrada na família de base comunitária e em contexto natural de vida, ou seja, estabelece um plano de intervenção em parceria com a família.

Por fim, o encontro foi concluído com a conferência intitulada: Cuidados Continuados, na qual foi apresentada a Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados (RNCCI), cuja finalidade é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Esta última pode ser definida como a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas,

deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diárias. Assim, os objetivos da RNCCI são: a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social, a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação, a melhoria continua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados, a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação e a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativo. Em jeito de conclusão, o orador afirmou que a RNCCI é a mais importante reforma do sistema de saúde, face às alterações demográficas e epidemiológicas sentidas nos últimos anos.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Considero que a realização de Encontros de Enfermeiros é elementar para a atualização de conhecimentos e para a partilha de práticas de enfermagem, bem como de experiências vividas. Pretende-se evoluir numa profissão que não só é uma ciência, mas também uma arte, devendo, para isso, explorar o maior número de experiências possível, baseadas na evidência, de forma a que estas possam contribuir para a excelência dos cuidados.

Uma vez que nunca prestei cuidados numa UCIN, qualquer tema que envolva RN, de termo ou pré-termo, e vivências dos seus pais é interessante, pois é ainda uma área em evolução, na qual ainda há muito por desvendar e é uma área onde sinto lacunas no conhecimento. Este encontro, em particular, contribuiu para me fornecer alguns alicerces relativamente ao cuidar na vulnerabilidade, bem como para consolidar o trabalho que pretendo desenvolver no serviço de neonatologia onde irei estagiar, para além de que trouxe outras perspetivas do cuidado ao RN com vista à excelência de cuidados, contribuindo para ao melhor desenvolvimento psicomotor possível.

Além disso, o presente encontro permitiu a aquisição de algumas das competências específicas preconizadas pela OE (2010), sendo estas:

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice XII:

Cuidar da criança e família na UCIN - aplicabilidade do Modelo de Trabalho
Emocional em Enfermagem Pediátrica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da criança e família na UCIN - aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CUIDAR NA UCIN	4
2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DO MODELO DE TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.....	6
2.1.Promover um Ambiente Seguro e Afetuoso.....	6
2.2.Nutrir os Cuidados com Afeto	8
2.3.Gerir as Emoções dos Clientes	10
2.4.Construir a Estabilidade no Relacionamento	12
2.5.Regular a Disposição Emocional para Cuidar nos Enfermeiros	15
3. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

INTRODUÇÃO

Segundo Diogo (2006), as emoções dão sentido ao cuidar e ao agir dos enfermeiros, podendo ser positivas ou negativas, perturbadoras ou gratificantes, e são despoletadas por um evento a uma experiência emocional. Em pediatria, o cuidar atende, não só aos procedimentos técnicos e do processo de interação, mas também à dimensão emocional, por forma a satisfazer todas as necessidades da criança e família. As emoções assumem um papel fundamental na vida de qualquer indivíduo, sendo essencial para a criança e família uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* face à situação de doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

A investigação sobre as emoções no cuidar de enfermagem revela que o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados. É uma dimensão da prática dos enfermeiros permitindo que consigam mostrar sensibilidade afetiva e compreensão pelo cliente e lidar, simultaneamente, com a influência das próprias emoções (Diogo, 2015). Compreender as emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é uma fonte incomensurável de saberes na prática de enfermagem (Collière, 2003).

O trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012) está implícito na construção da relação de cuidados (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcober & Holman, 2007) e implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência não-perturbadora. Significa cuidar dos clientes transmitindo tranquilidade e calma, mas também segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que estes se sintam cuidados e confiantes. Nesta lógica, a afetividade é considerada como uma estratégia específica necessária para regular as próprias emoções e as emoções dos outros (Diogo, 2015).

O presente trabalho tem, então, como objetivo demonstrar a aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) no cuidar da criança e família na UCIN, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e conduzindo a uma prática de cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

1. CUIDAR NA UCIN

Segundo a OMS, todos os anos nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos (RN) prematuros, ou seja, antes das 37 semanas de gestação (World Health Organization, 2015). É considerado RN de risco aquele que tem uma maior probabilidade de morbidade e/ou mortalidade, normalmente derivada de condições ou circunstâncias diferentes do que é considerado o percurso habitual, associadas ao nascimento ou na adaptação à vida extrauterina, independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer (Askin & Wilson, 2014).

Com o nascimento de um filho, o casal assume um novo papel, o papel de pais, sendo por isso, o nascimento considerado como um momento de transição. A parentalidade engloba, assim, todas as dimensões, sendo estas biológicas, afetivas e educacionais e é uma condição permanente e em constante transformação, pois cada estágio e desenvolvimento da criança exige dos pais uma adaptação (Cruz, 2013).

A prematuridade do RN dificulta o momento de transição descrito, uma vez que, ao nascer, se imaturo ou fisiologicamente instável, o RN é separado dos pais e rodeado de equipamentos altamente especializados. Além disso, a separação, aliada à imaturidade e, por vezes, ao risco de sobrevivência, pode afetar, também, o processo de vinculação e gerar uma grande crise nos pais, afetando comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Jorge, 2004; Meleis, 2010; Cruz, 2013; Wheeler, 2014; Gibbs, 2015), uma vez que os mesmos podem experimentar diversas emoções de tonalidade negativa, como insegurança, tristeza, receio e culpa pelo nascimento prematuro e pela dificuldade em prestar cuidados ao RN (Mercer, 2004; Tavares, Mota & Magro, 2006; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009).

A admissão na UCIN é um acontecimento stressante, sendo considerado como um dos maiores desafios na vida dos pais, pois estes experienciam elevados níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Costa, 2003; Dyer, 2005; Nicolaou & Glazebrook, 2008; Mills, Ricklesford, Cooke, Heazell, Witworth & Lavender, 2014). O internamento na UCIN é um potencial stressor traumático, podendo tornar-se mais acentuado quanto maior for a ameaça à vida e/ou risco de morte, distanciamento do domicílio e da comunidade, falta de experiência em eventos similares e falta de controlo sobre a situação (Peebles-Kleiger, 2000).

Tendo por base uma perspectiva holística, os cuidados prestados à criança e família devem englobar todas as dimensões, incluindo a dimensão emocional, permitindo a expressão de sentimentos no estabelecimento de uma relação terapêutica (Vilelas, 2013), promovendo a confiança e a aceitação da expressão de sentimentos, tanto pelo enfermeiro como pela família (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

Assim, no planeamento dos cuidados, os enfermeiros da UCIN devem ter presente a importância das percepções e significados atribuídos às experiências de saúde/doença pelas famílias, as preocupações e compreensão das situações que as mesmas vivenciam, os processos de *coping* e as suas expectativas face aos cuidados que irão experienciar (Brink, 2013). Além disso, os enfermeiros desempenham um papel fulcral na promoção do contato precoce dos pais com o RN, com o intuito de estabelecer uma relação afetiva mais forte. Por último, é extremamente relevante proporcionar aos pais a possibilidade de estarem com o seu filho, alargando o período de visita, quando possível, ajudá-los a compreender os seus comportamentos, evidenciando as suas capacidades e conquistas e evitando que sintam que têm um papel secundário nos cuidados, sendo uma das funções dos enfermeiros, facilitar este processo, envolvendo-os nos cuidados e nas tomadas de decisões (Roteta & Torre, 2013).

2. ANÁLISE REFLEXIVA À LUZ DO MODELO DE TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Numa sociedade em que as novas tecnologias assumem maior domínio, poderá haver a tendência dos profissionais de saúde centrarem o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços, descurando a humanização dos cuidados de saúde. Desta forma, o trabalho emocional adquire um papel ainda mais importante e direciona-se tanto para os profissionais como para os clientes dos cuidados de saúde (Smith, 1992), tornando-se fulcral na gestão de sentimentos negativos, de modo a que estes se transformem numa experiência não-perturbadora ou, até mesmo, positiva (Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016).

Ao longo do presente capítulo irei abordar as cinco componentes do Modelo TEEP, identificadas por Diogo (2017), articulando com a prática de cuidados.

Importa, ainda, salientar que serão dados exemplos decorrentes da interação com os diversos RN e famílias na UCIN e que as práticas de cuidados explanadas foram efetuadas pelos enfermeiros do serviço e por mim.

2.1. Promover um Ambiente Seguro e Afetuoso

Segundo Diogo (2015), os enfermeiros procuram promover um ambiente seguro e afetuoso através da humanização do ambiente físico, tendo em conta o acolhimento, cumprimentando o cliente, expressando afeto, criando um ambiente familiar, preservando a segurança no quarto, estando em sintonia com o mundo fantástico da criança, despedindo-se calorosamente e colocando fotografias das crianças num quadro próprio para recordar, pois os mesmos têm consciência que “o ambiente do hospital pode ser esmagador tanto para a criança/jovem como para os pais” (Diogo, 2015, p. 116). Desta forma, os enfermeiros conseguem tornar a experiência hospitalar mais positiva, pois os clientes sentem-se à-vontade com os enfermeiros, estando mais tranquilos e capazes para colocar as suas dúvidas.

O processo de acolhimento, sendo um processo contínuo ao longo do internamento, é extremamente importante para a construção da relação com os pais. Como tal, o acolhimento na UCIN é efetuado pela enfermeira que irá ficar como enfermeiro responsável/de referência pela família, sendo esta a Enf.^a com a qual os

pais terão mais contacto. Além disso, é mantida uma postura calma, falando de forma simpática e afetiva, transmitindo segurança aos pais, na tentativa de atenuar a tensão e os sentimentos negativos sentidos pela situação de doença. Desta forma, os enfermeiros vão ao encontro do preconizado por Gaiva e Scochi (2005, p. 445), quando afirmam que “o acolhimento aos pais desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham ocorrer nesse período sejam melhor aceites e o sofrimento dos pais minimizado. (...) O acolher deve envolver ação física e afetiva”. Além disso, é frisada a importância da participação e envolvimento dos pais nos cuidados, o que promove a construção da relação terapêutica, uma vez que os pais se sentem valorizados.

o impacto com o ambiente físico (...) muitas vezes surge primeiro que a interação com os enfermeiros (...). Ambos têm uma influência muito grande nos clientes em termos emocionais. Um ambiente seguro e afetivo implica elementos e mensagens humano-afetivas nas interações e também os aspetos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem (Diogo, 2015, p. 116).

O ambiente da UCIN é caracterizado por um conjunto de dispositivos altamente tecnológicos criando um impacto emocional se pode tornar deveras negativo nas famílias cujos filhos têm a necessidade de cuidados desta ordem (Campos, 2014), sendo que é neste ambiente que os pais e RN se tornam uma família. Como forma de minimizar o impacto emocional negativo, é permitido aos pais trazerem um ou dois bonecos para colocar junto do RN, bem como roupa para o mesmo vestir. É, também, fornecida uma explicação detalhada acerca dos dispositivos que rodeiam e interagem com o RN, no sentido de diminuir o *stress* e ansiedade provocados pelo ambiente altamente tecnológico. Além disso, no serviço existem diversos murais, em paredes distintas, onde estão colocadas fotografias das crianças que estiveram internadas, onde é possível ver como cresceram e ultrapassaram as razões que motivaram o seu internamento no serviço, tornando, assim, o ambiente menos frio e assustador (Diogo, 2015).

Para preservar a segurança do quarto é preconizado que os procedimentos dolorosos sejam realizados em sala própria e fora do berço/cama (OE, 2011). Na UCIN, tal não é possível. Como tal, e uma vez que não é possível preservar a segurança do quarto, os enfermeiros do serviço fazem um esforço extra para confortar os RN, principalmente após a realização de um procedimento doloroso, cantando,

massajando e dando colo. Na UCIN os enfermeiros estão consciencializados da importância do toque no RN, sendo fulcral que estes últimos não o atribuam a procedimentos dolorosos. Como tal, após a prestação dos cuidados, quer seja dos cuidados de higiene, quer seja após a realização de um procedimento doloroso, os enfermeiros massajam as pernas do RN ou dão-lhe colo, na tentativa de minimizar o desconforto causado.

Todas as ações descritas e desenvolvidas pelos enfermeiros da UCIN, no sentido de promover um ambiente seguro e afetivo, tornam a experiência de hospitalização mais positiva, uma vez que os pais se sentem mais confortáveis na relação com os enfermeiros, possibilitando a colocação de dúvidas, o que conduz a uma redução da ansiedade e, conseqüentemente, a uma maior tranquilidade (Diogo, 2015)

2.2. Nutrir os Cuidados com Afeto

Como forma de potenciar o ambiente terapêutico, os enfermeiros nutrem os cuidados com afeto, indo ao encontro do referido por Collière (2003) que nos diz que o cuidado sem afeto tornar-se-ia num ato frio e seco. Assim, com vista à promoção do bem-estar, estando “a dádiva do afeto (...) espelhada pelo sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo (...) gestos de carinho” (Diogo & Baltar, 2014, p. 156), entre outros, os enfermeiros procuram utilizar o afeto na prática de cuidados de enfermagem, uma vez que, esta dádiva, apontada como característica definidora do cuidar, é essencial para a criação de uma relação terapêutica. Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens e Diogo (2010, p. 72) chegam mesmo a afirmar que “cuidar ou relação terapêutica é o mesmo”. Para Watson (2005), reforçando a ideia previamente explanada, a presença do afeto nas relações, em enfermagem, resulta das interações inerentes ao ato de cuidar, contribuindo para estruturar e regular a relação. Assim sendo, o enfermeiro lê e sente a experiência humana do cliente, o que, por sua vez, se reflete no que sente, orientando a prestação de cuidados num ambiente emotivo e de afeto pela outra pessoa. De facto, a presença da experiência humana do sentir, quer do enfermeiro, quer do cliente, acrescenta uma outra dimensão caracterizadora do cuidar de enfermagem, que vai além dos procedimentos técnicos e do processo de interação (Diogo, 2006).

Assim, nutrir os cuidados com afeto permite que o cliente se sinta amado e considerado, promove a confiança dos pais nos enfermeiros e a segurança nos cuidados, bem como tranquilidade e bem-estar dos mesmos, aliviando o seu sofrimento, e permite o desenvolvimento e consolidação da relação terapêutica (Diogo, 2015).

À semelhança de um exemplo apresentando anteriormente, após a realização de um procedimento doloroso, os enfermeiros procuram aliviar o sofrimento do RN através dos afetos (Diogo, 2015). Para tal, foram utilizadas estratégias como o colo ou a massagem, transformando, assim, uma experiência emocional, possivelmente, negativa, em positiva (Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017).

O colo é a dádiva de afeto mais frequente na UCIN, uma vez que, dado as características do serviço, os RN encontram-se, frequentemente, sozinhos. Como tal, o colo é proporcionado na tentativa de substituir os pais, dando um aconchego através do contacto físico. O mesmo é corroborado por Diogo et al. (2017), pois os autores afirmam que os enfermeiros tentam substituir o amor dos pais, principalmente, nas crianças que não estão acompanhadas. Além disso, o colo adquire especial importância nos cuidados em fim de vida, sendo incentivada a permanência dos pais no serviço, com o intuito de darem colo ao seu filho, uma vez que o colo a função de atenuar o sofrimento da criança. O mesmo é corroborado por Diogo (2015, p. 126) ao afirmar que “o colo pode também ter a finalidade de aliviar o sofrimento de uma criança em fim de vida, através da presença e do sentimento de não estar só que este é capaz de transmitir”. Quando não é possível a permanência dos pais, os enfermeiros da UCIN fazem um esforço extra para poderem proporcionar o alívio do sofrimento do RN dando colo.

Importa salientar que a dádiva de afeto pode ser planeada, ou seja, intencional e dirigida por um objetivo, como nos exemplos referidos anteriormente, ou espontânea e não planeada, como por exemplo quando é acariciado o RN que se encontra ao colo dos pais.

Assim, nutrir os cuidados com afeto torna-se fulcral no desenvolvimento e consolidação da relação entre os enfermeiros e os pais (Diogo et al., 2017), uma vez que estes “sentem confiança nos enfermeiros pois sabem que os seus filhos são acarinhados mesmo na sua ausência (Diogo, 2015, p. 128).

2.3. Gerir as Emoções dos Clientes

A promoção de um ambiente seguro e afetuoso e nutrir os cuidados com afeto são dois das cinco componentes do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017). Além destes, os enfermeiros desenvolvem um conjunto de ações, mais dirigidas, para facilitar a gestão emocional dos clientes cuja finalidade é modificar os estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar, potenciar o autocontrolo emocional e conquistar a confiança do cliente (Diogo, 2015).

O internamento do RN caracteriza-se por vivências emocionais potencialmente intensas, uma vez que os pais se deparam com múltiplos fatores de *stress*, tais como: doença do filho, os procedimentos dolorosos, os tratamentos, acumulação do cansaço, os dias confinados no hospital e as noites mal dormidas. Problemas emocionais anteriores, como história de depressão, visível em muitos pais de crianças na UCIN, podem conduzir a um maior desgaste emocional e físico. Tendo consciência da vivência desse sofrimento, os enfermeiros procuram ajudar os clientes, para que consigam aliviar o sofrimento, potenciando o seu autocontrolo (Diogo, 2015). Na UCIN, é disponibilizado, aos pais, o número de telefone do balcão de enfermagem, para que os pais possam ligar sempre que desejarem. Esta ação permite aliviar o sofrimento sentido pelos pais por estarem longe do seu filho.

Lopes (2006) sugere que os enfermeiros ajudam o cliente a gerir as suas emoções usando duas estratégias: dar espaço ao cliente e apoiando ou regulando a expressão de sentimentos. No estudo de Diogo (2015) foram identificadas várias estratégias e instrumentos terapêuticos que promovem a gestão emocional dos clientes. Estes foram categorizados em dois grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reativas. A primeira visa disponibilizar informação de antecipação e a segunda visa gerir episódios de emocionalidade excessiva. A nível da gestão emocional de antecipação destaca-se: a postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distração. As estratégias identificadas a nível da gestão de emoções reativas são: envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, fazer pausas, fomentar a esperança, colocar-se ao lado, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar e restringir.

Assim, é de realçar que a “gestão emocional de antecipação torna-se predominante na prática dos enfermeiros, à medida que uma relação de proximidade e confiança cresce, o que significa que, progressivamente, é possível prevenir picos emocionais intensos e incrementar a tranquilidade e bem-estar nos clientes” (Diogo, 2015, p. 145).

Quando o RN é transferido para a UCIN, são utilizadas estratégias de gestão emocional de antecipação e estratégias de gestão de emoções reativas. É claro que, quando sabem que o RN irá ficar internado na UCIN, os pais experienciam um turbilhão de emoções. Como tal, à sua chegada, é realizada uma visita ao serviço, transmitindo informações pertinentes, nomeadamente a missão do serviço, constituição da equipa, mostrar o espaço físico, explicar as normas de funcionamento e a dinâmica dos cuidados. Esta intervenção permite demonstrar a disponibilidade existente na equipa em ajudar o cliente sempre que preciso e, uma vez que é efetuada com tempo e demonstrando uma postura calma e carinhosa, possibilita apaziguar os receios, medos e ansiedades dos pais, indo ao encontro do preconizado por Diogo (2015) como estratégias de gestão emocional de antecipação. Além disso, como sabem que os pais estão a experienciar um momento emocional perturbador, os enfermeiros aproveitam a visita inicial para esclarecer dúvidas, fomentar a esperança, dar carinho e envolver os pais nos cuidados, incentivando a sua presença para a prestação dos cuidados de higiene, para dar colo ao RN, trocar a fralda ao mesmo, entre outros, tendo em conta a estabilidade hemodinâmica do RN, utilizando, deste modo, estratégias de emoções reativas (Diogo, 2015).

É frequente, na UCIN, os enfermeiros passarem mais de tempo com as crianças que lhes são atribuídas, quer seja a dar colo ou a massajá-las. “Mostrar disponibilidade traduz-se numa ajuda permanente e sempre que o cliente necessite” e “significa que os enfermeiros procuram estar com os clientes frequentemente” (Diogo, 2015, p. 136). Foi possível verificar o contentamento dos pais ao chegarem ao serviço e verificarem que a enfermeira estava junto do seu filho. Desta forma, os enfermeiros contribuem para tranquilizar e apaziguar os pais, ou seja, contribuem para a gestão emocional do cliente. Mesmo quando não é possível pegar no RN ao colo ou massajá-lo, os enfermeiros da UCIN estão perto das crianças, aconchegando-as ou afagando-as, acompanhando os pais nos momentos mais difíceis. O mesmo é corroborado por Diogo (2015, p. 136) ao afirmar que “no acompanhamento de

crianças/jovens em fim de vida, os enfermeiros estão com os clientes dando colo, permanecendo ao seu lado, partilhando a dor dos pais”.

Quando os pais estão presentes e é necessário realizar um procedimento doloroso, os enfermeiros da UCIN solicitam aos pais que se ausentem um pouco, indo de encontro ao preconizado. A literatura sugere que os pais devem estar presentes e devem colaborar no procedimento e que os enfermeiros “chegam mesmo a adiar ou antecipar a execução do procedimento para que os pais possam estar presentes” (Diogo, 2015, p. 137). Contudo, antes de pedirem para se ausentarem, os enfermeiros têm o cuidado de dar espaço aos pais para colocarem dúvidas e exporem os seus receios. “Os enfermeiros procuram favorecer a expressão de sentimentos como forma de gerir as emoções em antecipação na preparação de procedimentos, (...) mas também durante os procedimentos e mesmo no final” (Diogo, 2015, p. 139).

Todas as estratégias utilizadas para a gestão emocional conduziram à diminuição da ansiedade e do medo, permitindo tranquilizar o cliente e, ainda, minimizar o sofrimento. Além disso, foi possível incrementar o sentimento de confiança, essencial para o desenvolvimento e consolidação da relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015).

2.4. Construir a Estabilidade no Relacionamento

Cuidar existe um grande envolvimento emocional entre o enfermeiro e o cliente (Collière, 2003). Os estudos de Diogo (2015) corroboram com esta ideia, pois “as interações enfermeiro-cliente estão impregnadas de emoções tanto de tonalidade positiva como negativa” (Diogo, 2015, p. 145), sendo que estas se projetam em cascata, recíproca e ininterruptamente, ao longo da relação de cuidar (Watson, 2005). Segundo Goleman (2006), a gestão dos relacionamentos é uma arte, na qual os enfermeiros têm que se relacionar e gerir as emoções do cliente em simultâneo. Assim, para construir a estabilidade no relacionamento devem ser mobilizadas ações de três tipos: envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes, de modo a permitir a tranquilidade e afetividade nas relações entre os enfermeiros e os clientes, sendo, por isso, necessário um convívio pacífico e uma minimização dos conflitos para a prestação de cuidados, bem como a promoção da tranquilidade dos pais e da perceção que podem contar com os enfermeiros, permitindo melhor adaptação e capacidade para lidar com a doença, aceitação e

compreensão para com os enfermeiros e que as orientações ou explicações fornecidas sejam tidas em conta (Diogo, 2015). Na UCIN, como referido, quando é feita a admissão de um RN, é-lhe atribuído um enfermeiro de referência, sendo que este adquire, aqui, um papel fulcral, uma vez que a construção da estabilidade na relação implica a criação de laços interpessoais significativos e duradouros (Langton, 2000).

Segundo Brooks e Phillips (1996), o envolvimento emocional está associado a resultados positivos para os clientes, uma vez que se traduz no “investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente” (Diogo, 2015, p. 147), sendo, como tal, e a par do afeto, essencial para cuidar num contexto estável e propício (Henderson, 2001). Assim, é possível modificar as experiências de emocionalidade excessiva em significações positivas, influenciando positivamente a relação enfermeiro-cliente (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Na UCIN os internamentos tendem a ser de longa duração, como tal a ligação e expressão afetiva surgem com maior facilidade, sendo recíproca e prolongada, uma vez que é necessário tempo para acentuar a afetividade na relação (Diogo, 2015).

O envolvimento emocional carece, ainda, de conhecimento mútuo, sendo fundamental os enfermeiros conhecerem os clientes para planearem e prestarem cuidados de acordo com as suas necessidades. O processo de conhecimento pode, também, incluir a partilha de experiências e revelações pessoais de ambas as partes, permitindo canalizar afetos nas relações e gerando sentimentos de confiança. O enfermeiro de referência adquire, assim, um papel de extrema relevância, uma vez que este deve ser o que melhor conhece o cliente, podendo, desta forma, utilizar esse conhecimento para a prestação de cuidados. Contudo, a ausência da figura de referência pode ter implicações negativas, pois os clientes podem mostrar renitência aos procedimentos realizados por outros enfermeiros (Diogo, 2015). De forma a evitar estes constrangimentos, na UCIN, são nomeados dois enfermeiros para cada caso, um enfermeiro de referência e um enfermeiro de co-referência, que partilham entre ambos o conhecimento que detêm acerca do cliente, de forma a melhor adequar as intervenções a realizar.

O envolvimento emocional só é possível através do estabelecimento de confiança entre o enfermeiro e o cliente. “A confiança é uma segurança de alguém

que crê em alguém, é uma familiaridade entre sujeitos em interação e é uma forma de canalizar os afetos nas relações” (Diogo, 2015, p. 152). O estabelecimento de confiança é conseguido quando, por exemplo, os pais chegam ao serviço e verificam que o enfermeiro está com o RN ao colo ou quando, por exemplo, telefonam para o serviço e o enfermeiro responsável pela criança naquele turno não pode ir ao telefone porque está a prestar cuidados ao RN, como por exemplo a massajá-lo.

Outra ação fulcral para a construção da estabilidade na relação é a gestão de episódios conflituosos, sendo estes definidos por situações nas quais os clientes revelam pouca ou nenhuma confiança nos enfermeiros, colocando em causa as ações destes últimos e rejeitando qualquer tipo de aproximação, chegando, por vezes, a serem agressivos para com os enfermeiros. Na UCIN é frequente a existência de conflitos, devido à complexidade da situação. Para tal, os enfermeiros mobilizam estratégias com o intuito de recuperar ou criar a estabilidade na relação, sendo estas: manter uma abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar e reconciliação e não fazer juízos de valor (Diogo, 2015). Por vezes, mesmo após a implementação destas estratégias, os enfermeiros da UCIN não conseguem recuperar a estabilidade na relação. Quando isso sucede, é convocada uma reunião com os pais, enfermeiro de referência, enfermeira chefe e médico assistente, no sentido de promover a expressão emocional dos pais e de criar um plano de ação conjunto para reaver a estabilidade na relação.

Por último, os enfermeiros procuram o equilíbrio de poderes para a construção da estabilidade na relação, sendo este caracterizado pela tomada de decisão partilhada, por dar espaço à função parental, pela colaboração mútua, pela participação do cliente e pela partilha de informação (Diogo 2015).

Esta lógica enquadra-se na filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) pela qual os enfermeiros se regem na UCIN. Nesta filosofia destacam-se o *empowerment* e a parceria. Segundo McCormack e McCance (2006) os CCF requerem o estabelecimento de relações terapêuticas entre os enfermeiros e os clientes, sendo essas relações baseadas na confiança mútua, na compreensão e na partilha do conhecimento. Promover os CCF exige um compromisso a longo prazo, uma vez que “não há um ponto final, mas uma evolução contínua em direção ao objetivo de criar parcerias entre profissionais de saúde, pacientes e famílias que conduzirão aos melhores resultados e melhorarão a qualidade e a segurança dos

cuidados de saúde” (Boon, 2012, p. 4). Para tal, é essencial considerar os pais como parceiros de cuidados, promovendo o apoio durante as transições que vivenciam e desenvolvendo intervenções que conduzam à homeostasia o papel parental, adotando de competências e conhecimentos para cuidarem do seu filho e tornando-os mais resilientes perante novas transições potencialmente ameaçadoras do bem-estar (Meleis, 2010). Ao promoverem a presença no serviço, bem como a prestação de cuidados ao seu filho, os enfermeiros da UCIN estão a ir ao encontro do referido.

Em suma, construir a estabilidade na relação é fulcral, pois as relações entre os enfermeiros e os clientes estão impregnadas de emoções tanto de cariz positivo como negativo, “responsáveis pelas suas oscilações, com origem nos sujeitos em interação, mas também que emergem da própria interação” (Diogo, 2015, p. 158). Contudo, é possível conseguir a estabilidade nas relações, ao longo do tempo, permitindo a criação de um ambiente tranquilo e afetoso, que facilite a prestação de cuidados (Diogo, 2015).

2.5. Regular a Disposição Emocional para Cuidar nos Enfermeiros

A sensibilidade e atenção efetiva para com os clientes e para com as experiências emocionais que estes vivenciam é vista como a disponibilidade emocional dos enfermeiros para cuidar. Todavia, esta pode sofrer oscilações, sendo, por isso, regulada pelos mesmos com intencionalidade terapêutica. Assim, os enfermeiros conseguem induzir ou inibir emoções neles próprios com o intuito de transformarem as emoções perturbadoras e continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional com o cliente e promovendo o bem-estar e o alívio do sofrimento e contribuindo para a adaptação do cliente à sua situação (Diogo, 2015).

Como foi referido anteriormente, é necessário que os enfermeiros conheçam o cliente, sendo imperativo a proximidade e o envolvimento emocional. Contudo, isto pode conduzir ao *stress* e *burnout* dos enfermeiros, uma vez que estes podem absorver as emoções negativas vividas pelo cliente (Mazhindu, 2003). Para que tal não aconteça, os enfermeiros utilizam estratégias que evitam a exaustão emocional, não descorando a proximidade e empatia necessárias para cuidar (Van Sant, 2003), sendo estas: analisar as experiências, partilhar o que sente, compreender as reações do cliente, atenuar positivamente e não se deixar afetar (Diogo, 2015).

Segundo Diogo (2015), os enfermeiros vivem situações emocionalmente intensas que podem ser pontuais, como a postura agressiva dos pais, ou contínuas, como uma criança em fim de vida, ficando afetados com as emoções dos clientes. Na UCIN, os enfermeiros experienciam ambos os tipos de situações emocionalmente intensas.

É frequente entre os enfermeiros da UCIN o sentimento de impotência, quando percebem que não há mais nada a fazer. “Quando percebem que nada podem fazer para ajudar sentem-se ‘pequenininhos’, sentem raiva e impotência e até angústia” (Diogo, 2015, p. 162). Com o intuito de evitar a exaustão emocional, os enfermeiros da UCIN utilizam as estratégias mencionadas, sendo o bloqueio das emoções e a partilha de sentimentos as mais frequentes.

O bloqueio de emoções é uma estratégia referida, também, por Diogo (2015) que afirma que, os enfermeiros, ao não se deixarem afetar, conseguem manter a interação e a sua presença, descentrando-se do impacto das emoções na sua pessoa e dirigindo a sua preocupação para as emoções do cliente. Contudo, é uma estratégia que nem todos os enfermeiros conseguem adotar, pelo que, muito enfermeiros preferem a partilha de emoções, sendo esta uma estratégia frequentemente utilizada, numa conversa com um colega ou na passagem, conduzindo a uma aprendizagem e crescimento (Diogo, 2015). Esta estratégia permite, também, uma reflexão sobre a prestação de cuidados. Segundo Peixoto e Peixoto (2013) refletir sobre a prática profissional tem um papel imprescindível no desenvolvimento de competências, pois permite que o enfermeiro reflita sobre os acontecimentos, que tenha visão do todo da situação em causa. Além disso, refletir torna explícito o conhecimento proveniente da experiência prática.

Com a utilização das estratégias descritas, os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções neles próprios, modificando ou atenuando as emoções perturbadoras e mantendo a sua saúde emocional e um bem-estar essencial para o cuidar. Importa salientar que “os enfermeiros também sofrem apesar da sua motivação, persistência e vontade para cuidar das pessoas, e é exatamente a disposição emocional que estes procuram manter” (Diogo, 2015, p. 169).

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho possibilitou a reflexão acerca de diversas situações da prática profissional, na qual foram identificados e explicitados alguns dos conceitos fundamentais para a disciplina de enfermagem. Além disso, facilitou o processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista.

O cuidar em enfermagem continua a ser um desafio para a profissão, uma vez que cada pessoa é diferente, possuindo valores, emoções e crenças diferentes, sendo necessário uma individualização dos cuidados.

Segundo Honoré (2004) aos gestos de enfermagem relacionados com aspetos emocionais não é dada a visibilidade necessária porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora para o cliente estes sejam muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções.

Assim, com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e nos próprios. Importa salientar que as cinco categorias do trabalho emocional apresentadas encontram-se interligadas e são interdependentes (Diogo, 2015).

Assim, ao longo do trabalho foram descritas algumas intervenções mobilizadas na prática de cuidados à criança, com as quais “(...) os enfermeiros fornecem ferramentas de confronto aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento, conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência da doença e hospitalização” (Diogo, 2015, p.175).

Como enfermeira especialista devo deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizando-os em contexto de prática clínica, que me permitem avaliar as necessidades de saúde da família, bem como um conjunto de

competências profissionais e pessoais, responsabilidade ética e legal na prestação e gestão dos cuidados.

Refletir sobre a prática profissional tem um papel imprescindível no desenvolvimento destas competências, pois permite que o enfermeiro reflita sobre os acontecimentos, que tenha visão do todo da situação em causa. Refletir torna explícito o conhecimento proveniente da experiência prática, devendo ainda ser debatido, examinado e contestado entre pares e em equipa multidisciplinar.

Quem somos? O que fazemos? Para onde vamos? Estas interrogações não são recentes, no entanto, nem todos os enfermeiros estão sensibilizados para as colocar sistematicamente e aprofundar uma reflexão, individual e em equipa, sobre as mesmas. Estas questões conduzem, indubitavelmente, os enfermeiros à problemática da autonomia e da identidade profissional. Este caminho convenciona uma reflexão ética e deontológica assim como um conjunto de saberes próprios no desenvolvimento do conhecimento científico em Enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2013, p. 30)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 331-411). Loures: Lusociência.
- Boon, A. (2012). *Excellence through Patient and Family Centred Care: Literature Review*. Nova Zelândia: Bay of Plenty District Health Board.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. 563-567.
- Brooks, F. & Phillips, D. (1996). Do women want women health workers? Women's views of primary health care service. *Journal of Advanced Nursing*. 23. 1207-1211.
- Campos, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ªed). Loures: Lusociência.
- Costa, A. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing - Revista de formação contínua em enfermagem (edição portuguesa)*. (176), 19-22.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Acedido a: 08/12/2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance.

- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante - O trabalho emocional em enfermagem. *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*. 148 – 159.
- Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642.
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhantes: determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 1-43). Loures: Lusodidacta.
- Dyer, K. (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*. 24(3), 35-45.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 13(2), 45-60.
- Gaiva, M. & Scochi, C. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4), 444-448.
- Gibbs, D. (2015). Supporting the Parent-Infant Relationship: Using the Neonatal Behavioral Observation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of the Association of Pediatric Chartered Physiotherapists*. 6(1), 26-34.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. (3ª ed). Espanha: Sábado.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*. 8(2). 130-138.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Langton, H. (2000). *The child with cancer*. China: Baillière Tindall.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*. 21(1). 30-47.
- Mazhindu, D. (2003). Ideal nurses: the social construction of emotional labour. *The Euporen Journal of Psychoterapy, Counselling & Health*. 6(3). 243-262.
- McCormarck, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*. 36(3), 226-232.
- Mills, T., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A., Whitworth M. & Lavender, T. (2014). Parent's experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*. 121(8), 943-950.
- Nicolaou, M. & Glazebrook, C. (2008). Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and Child Health*. 18(4), 196-199.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). o Lugar do Afecto na Prática e Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 12(2). 71-81.
- Peebles-Kleiger, M. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 64(2), 257-280.
- Peixoto, T. & Peixoto, N. (2013). Futuro da Enfermagem: Uma perspectiva oportuna. *Revista Sinais Vitais*. 29-37.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 24-38.

- Roteta, A. & Torre, M. (2013). Experiencias de Los Padres de grandes Prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revision sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enfermagem*. 16(2), 20-25.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J. & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2(62), 729-733.
- Tavares, G., Mota, J. & Magro, C. (2006). Visão sistemática da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Revista Paulista de Pediatria*. 24(1), 27-24.
- Van Sant, J. (2003). *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting*. Dissertação apresentada à Widener University of Nursing. Pennsylvania: EUA.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 5, 41-50.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 240-293). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneve: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf

Apêndice XIII:

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN

- Registos no Sistema Informático



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN - Registos no Sistema Informático -

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANEAMENTO.....	4
2. IMPLEMENTAÇÃO.....	6
3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	6
4. APRESENTAÇÃO.....	7
5. AVALIAÇÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUÇÃO

A evolução na enfermagem tem por base as mudanças nos vários contextos, sendo estes, socioeconómicos, culturais, políticos e tecnológicos. O cuidar continua a ser um desafio para a profissão, uma vez que cada pessoa é diferente, possuindo valores, emoções e crenças diferentes, sendo necessário uma individualização dos cuidados.

Segundo Honoré (2004) aos gestos de enfermagem relacionados com aspetos emocionais não é dada a visibilidade necessária porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora para o cliente estes sejam muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, a capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções.

Assim, com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e neles próprios (Diogo, 2015). Contudo este permanece ainda pouco valorizado e muitas vezes invisível. Porém, o trabalho emocional em enfermagem pediátrica é possível de ser registado e avaliado, embora não quantificado (Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017).

A formação em serviço constitui um modo de transmissão e mobilização de conhecimentos e experiências facilitador da aprendizagem. Quando se verifica a necessidade de aprofundar determinado tema, como o registo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica no sistema informático, torna-se pertinente que seja criado um momento para o efeito. Como tal, foi planeada a realização da ação de formação intitulada: “O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN - Registos no Sistema Informático”.

1. PLANEAMENTO

Tema: O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na UCIN - Registos no Sistema Informático

Local: Sada de Reuniões da UCIN

Data: 15/10/2017 **Hora:** 15h

Objetivo geral: Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e o seu registo no sistema informático

Objetivos específicos:

- Explicitar a importância dos registos de enfermagem no sistema informático que refletem o desempenho do trabalho emocional;
- Identificar os focos utilizados pelos enfermeiros do serviço
- Revelar os focos existentes no programa informático utilizado no serviço.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema e justificação; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	- Datashow - Computador	5 Min.
Desenvolvimento	- Cuidar em Enfermagem; - Cuidar em Enfermagem Pediátrica; - Cuidar na UCIN; - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica; - Sistema de Registo Informático; - Sistema de Registo Informático – Focos e Intervenções utilizados e	Expositiva	- Datashow - Computador	25 Min.

	<p>Informações registadas em notas gerais;</p> <p>- Sistema de Registo Informático – Focos existentes e Informações a registar em notas gerais.</p>			
Discussão	<p>- Qual a importância dos registos de enfermagem no sentido de desocultar a dimensão emocional do cuidar em enfermagem?</p>	Interativo: partilha de experiências	<p>- Datashow</p> <p>- Computador</p>	15 Min.
Conclusão	<p>- Síntese do trabalho</p>	Expositiva	<p>- Datashow</p> <p>- Computador</p>	5 Min.

2. IMPLEMENTAÇÃO

Para realização da sessão de formação foi pedida autorização à Enf.^a Chefe que disponibilizou os meios necessários para que a sessão se realizasse com sucesso. Através da afixação do cartaz de divulgação na sala de trabalho de enfermagem, os enfermeiros da UCIN foram convidados a estar presentes na mesma.

A sessão foi agendada com a Enf.^a orientadora, no sentido de possibilitar a presença do maior número de formandos.

3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO HDE

**O TRABALHO EMOCIONAL
EM ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA NA UCIN**

Registos no Sistema Informático

DATA: 15/12
HORA: 15:00
LOCAL: Sala de Reuniões da UCIN

FORMADORA: Carolina Costa
(Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria da ESEL)

4. APRESENTAÇÃO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**O Trabalho Emocional em Enfermagem
Pediátrica na UCIN
- Registos no Sistema Informático -**

Orientado por:
Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira Especialista [REDACTED]

Realizado por:
Carolina Gomes da Costa
Nº 1677

Lisboa, 15 de dezembro de 2017

Sumário:

- ▶ Objetivos da sessão
- ▶ Cuidar em Enfermagem
- ▶ Cuidar em Enfermagem Pediátrica
- ▶ Cuidar na UCIN
- ▶ Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
- ▶ Sistema de Registo Informático
- ▶ Sistema de Registo Informático - Focos e Intervenções utilizados e
Informações registadas em notas gerais
- ▶ Sistema de Registo Informático - Focos existentes e Informações a
registar em notas gerais
- ▶ Conclusão
- ▶ Referências Bibliográficas

Objetivo Geral:

- ▶ Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e o seu registo no sistema informático

Objetivos Específicos:

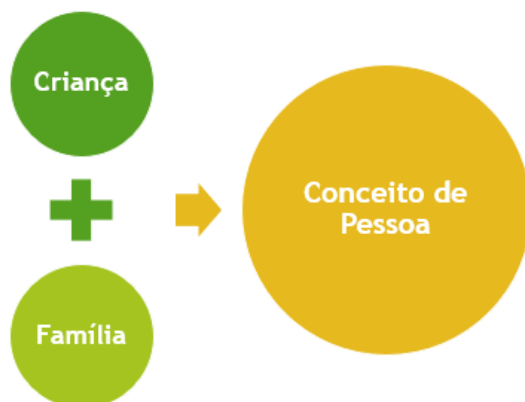
- ▶ Explicitar a importância dos registos de enfermagem no sistema informático que refletem o desempenho do trabalho emocional;
- ▶ Identificar os focos utilizados pelos enfermeiros do serviço;
- ▶ Revelar os focos existentes no programa informático utilizado no serviço.

Cuidar em Enfermagem



(Sousa & Sousa, 2007, citando: Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003)

Cuidar em Enfermagem Pediátrica



(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010)

Cuidar na UCIN

- ▶ A admissão na UCIN é um acontecimento stressante, sendo considerado como um dos maiores desafios na vida dos pais, pois estes experienciam elevados níveis de stress, ansiedade e depressão.

(Costa, 2003; Dyer, 2005; Nicolaou & Glazebrook, 2008; Mills, Ricklesford, Cooke, Heazell, Witworth & Lavender, 2014)

- ▶ O internamento na UCIN é um potencial stressor traumático, podendo tornar-se mais acentuado quanto maior for a ameaça à vida e/ou risco de morte, distanciamento do domicílio e da comunidade, falta de experiência em eventos similares e falta de controlo sobre a situação.

(Peebles-Kleiger, 2000)

Cuidar na UCIN

- ▶ Assim, torna-se essencial ao cuidar na UCIN a compreensão das emoções vividas pelos pais, uma vez que a prática de cuidados de enfermagem não pode ser separada da compreensão das emoções, devido à sua importância no estabelecimento da relação terapêutica.

(Maunder, 2008)



Na UCIN, os enfermeiros devem cuidar, não só do RN, mas também dos pais, tornando-se fundamental o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- ▶ O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica tem como objetivo transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença.

(Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016)

- ▶ Dupla centralidade: o enfermeiro e o cliente.

(Smith, 1992, 2012)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

Nutrir os cuidados com afeto

Gerir as emoções dos clientes

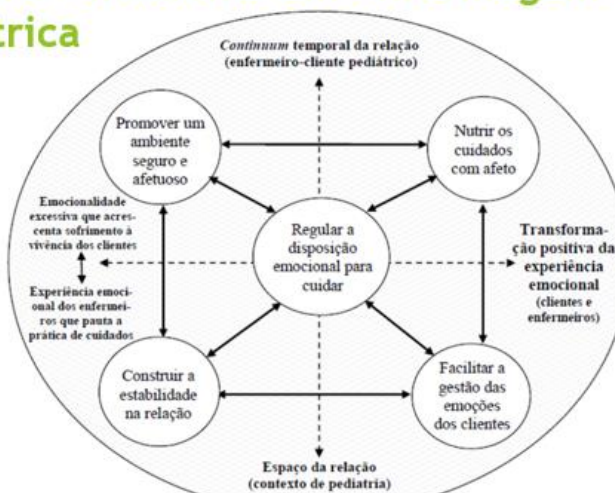
Construir a estabilidade na relação

Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)

(Diogo, 2015)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



(Diogo, 2015, p. 215)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Segundo Honoré (2004) aos gestos de enfermagem relacionados com **aspectos emocionais não é dada a visibilidade necessária** porque a investigação em enfermagem foca-se mais na estatística e previsibilidade, embora **para o cliente** estes sejam **muito importantes** porque o **ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas**. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de stress através do **empowerment, da informação e do conforto**. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, na capacidade que o enfermeiro apresenta para **ajudar o cliente a lidar com as suas emoções**.

Sistema de Registo Informático

SCLINICO

- Aplicação destinada ao registo de informação decorrente do ato de consulta, direcionada para os profissionais de saúde
- Incorpora como linguagem classificada a CIPE®

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático - Focos e Intervenções utilizados

Vinculação

- ▶ Massajar as partes do corpo;
- ▶ Vigiar processo de vinculação;
- ▶ Promover vinculação;
- ▶ Informar sobre condição do doente;
- ▶ Executar técnica de relaxamento;
- ▶ Elogiar o envolvimento dos pais;
- ▶ Ensinar / Instruir / Treinar / Supervisionar o prestador de cuidados sobre técnica de relaxamento / massagem.

Sistema de Registo Informático - Focos e Intervenções utilizados

Papel Parental

- ▶ Incentivar o envolvimento dos pais;
- ▶ Vigiar papel parental;
- ▶ Incentivar papel parental durante a hospitalização;
- ▶ Treinar os pais a realizar a higiene da criança;
- ▶ Elogiar o envolvimento dos pais;
- ▶ Ensinar os pais sobre a higiene da criança;
- ▶ Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança.

Sistema de Registo Informático - Informação registada em notas gerais

- ▶ Presença dos pais no turno;
- ▶ Telefonema recebido;
- ▶ Envolvimento nos cuidados à criança;
- ▶ Ensinos efetuados sobre os cuidados à criança;
- ▶ Estado emocional dos pais;
- ▶ Encaminhamento para outros profissionais de saúde;
- ▶ Entre outras.

Como potenciar os registos?
Que outros focos existem?

?

Sistema de Registo Informático - Focos existentes

- ▶ Ambivalência
- ▶ Angústia;
- ▶ Angústia espiritual;
- ▶ Ansiedade;
- ▶ Apoio da família;
- ▶ Apoio emocional;
- ▶ Atitude da família;
- ▶ Bem-estar;
- ▶ *Burnout*;
- ▶ Crise familiar;
- ▶ Confiança;
- ▶ Culpa;
- ▶ Esperança;
- ▶ Entre outros.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático - Informação a registar em notas gerais

Informações relativas aos pais:

- ▶ Dúvidas;
- ▶ Preocupações;
- ▶ Medos;
- ▶ Partilhas de sentimentos;
- ▶ Necessidades de informação;
- ▶ Necessidades fisiológicas;
- ▶ Necessidade de “apoio especializado”.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático - Informação a registar em notas gerais

Intervenções realizadas:

- ▶ Conversar, ouvir, estar presente;
- ▶ Compreender;
- ▶ Transmitir segurança/suporte;
- ▶ Consolar e cuidar;
- ▶ Empatia e disponibilidade;
- ▶ Dar tempo e espaço para a expressão das emoções;
- ▶ Empoderar/conferir controlo;
- ▶ Aconselhar formas de relaxamento;
- ▶ Envolver outros membros da família;
- ▶ Partilha de experiências com outros pais - espaço de ajuda mútua;
- ▶ Entre outras.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Qual a importância dos registos de enfermagem no sentido de desocultar a dimensão emocional do cuidar em enfermagem?

?

Conclusão

- ▶ O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica visa promover o alívio e o bem-estar da criança e família, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar.
- ▶ Além disso, importa salientar que o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica deve ser utilizado pelos enfermeiros nos clientes e nos próprios.

(Diogo, 2015)

Referências Bibliográficas

- ▶ Costa, A.L. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing - Revista de formação contínua em enfermagem (edição portuguesa)*. (176), 19-22;
- ▶ Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfase da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta;
- ▶ Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642;
- ▶ Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N. & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de Enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 77-103). Loures: Lusodidacta;
- ▶ Dyer, K (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*. 24(3), 35-45;
- ▶ Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência;
- ▶ Maunder, E.Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*. 14(1), 45-50;

Referências Bibliográficas

- ▶ Mills, T.A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A.E., Whitworth M. & Lavender, T. (2014). Parent's experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*. 121(8), 943-950;
- ▶ Nicolaou, M. & Glazebrook, C. (2008). Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and Child Health*. 18(4), 196-199;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Peebles-Kleiger, M.J. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 64(2), 257-280;
- ▶ Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27;
- ▶ Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan;
- ▶ Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.

5. AVALIAÇÃO

Na ação de formação estiveram presentes a Enf.^a Chefe, 8 Enfermeiras da equipa, sendo uma das quais a Enf.^a que me estava a orientar.

A presente atividade possibilitou a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem, incitando o seu interesse pelo tema. A presença da Enf.^a Chefe na formação foi fulcral pois a mesma disponibilizou-se para pedir, junto da equipa informática, a disponibilização de alguns dos diagnósticos/focos apresentados, possibilitando, assim, um melhor registo do trabalho efetuado.

Por outro lado, a sessão permitiu o desenvolvimento e o treino de competências de EEESCJ, nomeadamente na sensibilização de profissionais para a relevância do registo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica no sistema informático.

Dada a observação e participação dos formandos, posso concluir que a formação foi de encontro às expectativas dos mesmos, tendo, também, contribuído para discutir novas abordagens à criança e família e como registar as mesmas. Além disso, e como indicador de satisfação, foi solicitada, por parte dos formandos, a disponibilização da apresentação, bem como dos artigos/recursos bibliográficos que estiveram na base da ação de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N. & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de Enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo. Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. (p. 77-103). Loures: Lusodidacta.
- Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência.

Apêndice XIV:

Entrevista Semiestruturada a um Perito: Luto Fraterno



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Entrevista Semiestruturada a um Perito: Luto Fraternal

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANO DE ENTREVISTA	4
2. ENTREVISTA	5
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

INTRODUÇÃO

A relação entre irmãos, provavelmente, será mais duradoura do que qualquer outra relação na vida de uma pessoa, e desempenha um papel essencial na vida das famílias (Howe & Recchia, 2014). Como tal, a morte de um irmão pode ser potencialmente traumática para a criança, podendo os seus efeitos ser sentidos durante muito tempo, uma vez que a criança tem de lidar com a própria dor e desgosto, mas também com a dor dos pais e da restante família (Avelin, Gyllensward, Erlandsson & Radestad, 2014).

Os enfermeiros são o grupo profissional que têm uma maior proximidade com a criança e família, pois são os elementos da equipa pluridisciplinar que permanecem mais tempo com os mesmos. Como tal, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na relação com a criança em luto fraterno, sendo, por isso, importante que estejam despostos para reconhecer o impacto da perda de um irmão, identificando os sinais (Ramos, 2015).

Com o objetivo de identificar o impacto emocional causado pela morte da criança nos irmãos e quais as estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar a experiência vivida, redigi um guião de entrevista semiestruturada, onde constam diversas questões relacionadas com o tema: luto fraterno e o impacto emocional da morte da criança nos irmãos.

Escolhi realizar uma entrevista semiestruturada, uma vez que esta tipologia de entrevista é caracterizada por uma comunicação direcionada, com perguntas abertas (Queiroz, Meireles & Cunha, 2007).

Durante a entrevista foram respeitados princípios de confidencialidade subentendidos, tendo existido um acordo prévio para a sua realização, bem como para a gravação da mesma. Ao terminar a entrevista foi feito agradecimento ao entrevistado dado a sua disponibilidade e colaboração, bem como a possibilidade de validar o documento redigido.

1. PLANO DE ENTREVISTA

Para a execução da entrevista foi elaborado um guião de entrevista, que funcionou como eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, onde constam as seguintes questões:

- 1 - Escolheu abordar o luto fraterno na sua tese de doutoramento. O que a motivou para escolher esta temática?
- 2 - Em termos conceptuais, quais os referenciais de enfermagem que considera essenciais para enquadrar o luto fraterno?
- 3 - Tendo em conta os achados no trabalho desenvolvido e a evidência científica, como caracteriza o impacto emocional da morte da criança nos irmãos?
- 4 - Na sua perspetiva, qual é a intervenção do enfermeiro no processo de luto fraterno?
- 5 - E quais são as estratégias de enfermagem que considera relevantes para gerir a experiência emocional vivida pelos irmãos?
- 6 - Relativamente aos enfermeiros, como estes fazem a gestão da sua experiência emocional no processo de luto fraterno?
- 7 - Tendo em conta os achados do seu trabalho, como pensa que podemos melhorar os cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades emocionais das crianças enlutadas?

2. ENTREVISTA

Caracterização da entrevista:

Local: Gabinete de Enfermagem da Consulta de Neurologia

Duração: 30 minutos

Caracterização do entrevistado - enfermeiro perito:

Idade: 46 anos

Sexo: Feminino

Local/ais de exercício profissional: Inicialmente, trabalhou no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no serviço de cirurgia de adultos. Posteriormente, de 1998 a dezembro de 2004 trabalhou no serviço de Imuno-hematologia do Hospital D. Estefânia. Seguidamente, de dezembro de 2004 a fevereiro de 2009, trabalhou na Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia. De fevereiro de 2009 a abril de 2015 trabalhou no Bloco Operatório do Hospital D. Estefânia. Atualmente, desde abril de 2015, trabalha na Consulta de Neurologia do Hospital D. Estefânia.

Tempo de experiência profissional: 20 Anos

1 - Escolheu abordar o luto fraterno na sua tese de doutoramento. O que a motivou para escolher esta temática?

Quando trabalhei no serviço de imuno-hematologia, os internamentos das crianças eram muito prolongados, pelo que acabávamos por conhecer toda a família daquela criança. Os pais, os irmãos, os avós, os tios, até o nome dos animais de estimação nós sabíamos! Quando as crianças faleciam, perdíamos o contacto com a família.

Acredito que, o enfermeiro, ao ser o profissional de saúde que passa mais tempo com a criança doente e com a sua família, tem um papel fulcral na integração da família no processo, bem como na preparação para o luto.

Às vezes são pequenas coisas que permitem que o irmão da criança doente gira melhor a situação, que permitem ajudar no luto. Um exemplo disso é a integração do mesmo nos cuidados à criança doente pode ser fundamental para ajudar o irmão a lidar com a perda. E o enfermeiro, sendo o profissional mais

próximo da família, tem o dever de estar atento aos pequenos sinais, pequenas indicações, que permitam ajudar a família a gerir todo o processo de doença.

2 - Em termos conceptuais, quais os referenciais de enfermagem que considera essenciais para enquadrar o luto fraterno?

Os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados são essenciais para enquadrar o luto fraterno. A cima de tudo é necessário respeitar a família.

3 - Tendo em conta os achados no trabalho desenvolvido e a evidência científica, como caracteriza o impacto emocional da morte da criança nos irmãos?

Na minha tese, entrevistei 21 adultos que perderam um irmão enquanto eram crianças. O adulto mais novo tinha 18 anos e o seu irmão tinha falecido há 5 anos. O adulto mais velho tinha 76 anos e o seu irmão tinha falecido há 66 anos. Todos, sem exceção, lembram-se de tudo o que aconteceu naquele dia. É claro que os que eram mais pequenos não se lembram bem de todos os detalhes, mas os restantes lembram-se perfeitamente da roupa que tinham vestido, da roupa do irmão que morreu, dos acontecimentos que levaram à morte do irmão, das palavras do pai, da mãe a chorar, tudo! É uma situação marcante na vida de uma criança.

São muitos os sentimentos demonstrados, mesmo ao fim de muitos anos. Lembro-me que a Sra. de 76 anos começou a chorar assim que lhe perguntei sobre o irmão que morrera.

Dor, tristeza, magoa, revolta, culpa... A culpa é um sentimento muito presente. Lembro-me de um Sr. cujo irmão faleceu num acidente de carro. O Sr. estava a conduzir e o seu irmão ia no carro. Noutro carro estava a conduzir uma pessoa sobre o efeito do álcool que embateu no carro onde o Sr. e o seu irmão iam. O irmão morreu no local do acidente. Foram precisos muitos anos de terapia para que o Sr. conseguisse lidar com a culpa que sentia. Mesmo assim, durante a entrevista foi possível sentir os efeitos de tantos anos de culpa.

Socialmente dizemos às crianças que, após a morte dum irmão, não podem chorar, que têm que ser fortes porque os pais estão a passar por uma situação muito

difícil. Isto é erradíssimo! As crianças também precisam de passar pelo processo de luto, também precisam de chorar!

Nas entrevistas que realizei foi possível verificar que a morte do irmão teve repercussões a diversos níveis. É um acontecimento marcante que nos modifica e nos condiciona para o resto da vida. Uma das consequências que verifiquei, em situações de morte por suspeita de negligência médica, é que as crianças, neste caso os adultos, escolheram seguir profissões na área da saúde. Além disso, muitos dos entrevistados referiram que tiveram que amadurecer mais rapidamente.

As relações entre a criança e os pais também sofreram alterações, principalmente entre o pai e a criança. A morte do irmão precipitou, em diversos casos, depressões nos pais, bem como o abuso de substâncias, como o álcool. Como tal, a morte do irmão teve um impacto negativo na relação criança-pais.

Outra questão pertinente é a influência do luto dos pais sobre o luto da criança. Nos casos em que o irmão morreu devido a uma doença prolongada, houve uma preparação por parte da família para a situação que iria acontecer. Isto permitiu que os pais conseguissem efetuar um processo de luto tido como “normal” e, por consequência, que a criança também conseguisse. Nos casos em que a morte ocorreu de forma inesperada, o mesmo não se verificou. Os pais não conseguiram gerir o processo de luto e, conseqüentemente, a criança também não conseguiu.

4 - Na sua perspetiva, qual é a intervenção do enfermeiro no processo de luto fraterno?

Há uma questão que eu acho muito importante de ressaltar. Nós somos enfermeiros, não somos psicólogos. Como tal, há intervenções que podemos realizar, mas a nossa ação tem um limite. Esse limite é definido quando entramos no campo de ação dos psicólogos. Podemos conversar, podemos ouvir, podemos consular, podemos realizar um grande número de intervenções. Não podemos fazer nenhuma terapia ou psique análise.

Tendo em mente o que referi, no nosso campo de ação podemos e devemos intervir. Um aspeto que considero muito importante para facilitar o processo de luto fraterno, é relembrar os pais que existem outros filhos, além do filho falecido, e que esses também estão a sofrer. Isto não é fácil e tem que se ter muita atenção à

linguagem utilizada. O objetivo não é culpabilizar os pais, mas sim, que eles envolvam as crianças no processo.

Outra intervenção que considero fulcral é intervir no sentimento de culpa que as crianças muitas vezes têm. Além do exemplo que dei anteriormente, nas entrevistas que realizei percebi que muitos dos entrevistados atribuem ou atribuíram a culpa da morte do irmão às suas ações. Por exemplo, lembro-me de um Sr. contar que, uma vez, a discutir com o seu irmão mais velho, deu-lhe um pontapé na canela, uma situação perfeitamente normal entre crianças. A dor na canela do irmão persistiu durante alguns dias, tendo motivado a ida ao serviço de urgência. Após a realização de alguns exames, foi diagnosticado um osteossarcoma ao irmão que levou à sua morte, passados alguns anos. O Sr. chorava enquanto estava a contar-me esta situação. Contou-me que durante muito tempo, enquanto o irmão realizava tratamentos, ficou a achar que a culpa tinha sido sua. Foi uma enfermeira que o ajudou. Quando o irmão estava em fim de vida, uma enfermeira do internamento, da qual o Sr. referiu que nunca se esqueceu do nome nem da cara, abordou-o no sentido de perceber como estava a lidar com a situação do irmão. Foi nessa altura que tudo mudou, segundo o Sr. O mesmo contou-me como a enfermeira lhe explicou que não foi o pontapé que precipitou a doença do irmão, que foram outros fatores, e que o pontapé permitiu a realização de um diagnóstico mais rapidamente, porque, se o Sr. não tivesse dado o pontapé, a doença do irmão não teria sido diagnosticada e o irmão não teria vivido durante tanto tempo.

A situação referida demonstra a importância do papel do enfermeiro no processo. É claro que há enfermeiros mais experientes e que se sentem mais confortáveis para lidar com este tipo de situações. Não há problema nenhum! Devemos pedir ajuda aos nossos colegas e aprender com eles a lidar com este tipo de situações. A meu ver, é melhor pedir ajuda do que tentar ajudar as crianças sem conhecimentos para tal, pois podemos estar a modificar, a influenciar a criança para o resto da sua vida.

5 - E quais são as estratégias de enfermagem que considera relevantes para gerir a experiência emocional vivida pelos irmãos?

Envolver as crianças nos cuidados ao irmão doente é das estratégias de enfermagem que, na minha perspetiva, permite uma melhor gestão da experiência vivida. E não é preciso envolvê-los em cuidados especializados, as pequenas coisas são suficientes. Por exemplo, pedir à criança para colocar uma manta sobre as pernas do irmão quando ele está sentado na cadeira é uma maneira de a envolver nos cuidados, sem correr o risco de lesar o irmão doente. E responsabilizá-lo por esse aspeto também é importante. Permite que a criança se sinta útil e integrada na família e na vivência.

Outra estratégia importante é assegurarmo-nos que aquela criança, aquela família, sabe que a equipa de profissionais que está a cuidar do irmão doente não os vai abandonar, mesmo após a morte do irmão, que podem sempre recorrer à equipa sempre que necessário.

Comunicar com a criança, mostrar disponibilidade, ouvi-la, são tudo estratégias importantes na gestão da experiência emocional vivida e que pressupõe um envolvimento, um comprometimento dos enfermeiros com a criança, com a família.

6 - Relativamente aos enfermeiros, como estes fazem a gestão da sua experiência emocional no processo de luto fraterno?

Para mim, há duas coisas fundamentais para a minha/nossa gestão emocional: trabalho em equipa e uma boa rede social fora do âmbito do trabalho. E ter formação é, também, importante para a gestão da experiência emocional.

O trabalho em equipa é essencial. Podermos partilhar o que sentimos e podermos pedir ajudar. Eu costumava ficar com as situações mais delicadas, quando trabalhava na imuno-hematologia, porque era a pessoa com mais formação e experiência. Contudo, quando a minha mãe faleceu, eu não me sentia capaz de lidar/gerir estas situações no trabalho. Assim, junto da equipa pedi para não ser eu a ficar a cuidar dessas crianças. Precisava de tempo para o meu próprio processo de luto. E a equipa acedeu ao meu pedido. Um bom trabalho em equipa faz toda a diferença!

Relativamente à boa rede social fora do âmbito do trabalho. Os meus amigos sabem onde trabalho e sabem que o sigilo profissional não me permite falar das situações vivenciadas no meu trabalho, mas, sabem também, o quão importante é, para mim, desabafar com eles. Ao início uns faziam muitas perguntas, enquanto que outros pediam-me para não falar. Atualmente eles sabem que eu preciso de falar e que preciso que eles me ouçam.

Pessoalmente, há algumas coisas que faço que considero que me ajudam nesta gestão. Praticar atividade física, principalmente ao ar livre, permite-me gastar energia e descentraliza-me da experiência emocional. Ler e ver televisão são outras duas atividades que me ajudam muito, mas não podem ser livros ou programas relacionados com questões médicas ou de enfermagem. Têm que ser programas noutras áreas!

7 - Tendo em conta os achados do seu trabalho, como pensa que podemos melhorar os cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades emocionais das crianças enlutadas?

Formação, formação e formação! A formação deveria começar no curso base. Eu já colaborei com uma escola de enfermagem neste sentido, mas depois as horas da disciplina de saúde infantil e juvenil foram reduzidas, com a mudança do programa, e deixou de ser possível abordar o tema.

Além do curso base, também deveria existir formação neste sentido para enfermeiros e médicos nos hospitais. Formação que possibilitasse abordar as necessidades emocionais das crianças e que permitisse a partilha de situações reais, para que juntos percebêssemos qual a melhor forma de atuar. Formações sobre o luto fraterno e sobre o trabalho em equipa também seriam pertinentes.

Conhecerno-nos a nós próprios também é importante. Sabermos quais são as nossas limitações é fulcral para conseguirmos ajudar os outros.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A entrevista realizada permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades especializadas, na área do luto fraterno, nomeadamente acerca o impacto emocional causado pela morte da criança nos irmãos e quais as estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar a experiência vivida.

A vivência do luto na criança tem características específicas e está intimamente ligada ao nível de desenvolvimento emocional e maturidade, à experiência anterior de perdas, a fatores pessoais, culturais e ainda ao tipo de família e apoio (Ramos, 2015).

A relação entre irmãos é singular. Os momentos que ambos passaram juntos, mesmo durante o período de doença, ficam guardados na memória afetiva do irmão supérstite. Os enfermeiros que acompanham estas famílias podem ajudar a identificar as famílias que necessitam de ajuda e de intervenções específicas. É fulcral perceber o impacto do luto fraterno na criança, reconhecer os sinais e características do mesmo. Abordar os pais acerca das necessidades dos irmãos e permitir que estes últimos conheçam outras crianças na mesma situação, num clima de partilha de experiências e de ajuda mútua, bem como os amigos, sendo as atividades de lazer e a escola fundamentais para o equilíbrio do irmão enlutado. Ao enfermeiro compete, então, a tarefa de procurar formas adequadas de ir ao encontro da criança enlutada, criando uma relação de ajuda com a mesma. Como tal, é essencial que o enfermeiro conheça as diferentes expressões do luto para conseguir cuidar da criança e sua família (Ramos, 2015).

Além disso, a presente atividade permitiu-me utilizar a técnica da entrevista, tendo a mesma o intuito de promover a auto e heteroreflexão sobre as práticas de cuidados em contexto da saúde infantil e pediatria.

Por último, e enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, a presente atividade tornou-se essencial para a aquisição de algumas das competências específicas preconizadas pela OE (2010b), sendo estas:

- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;

- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Possibilitando, também, a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pela OE (2010a), sendo estas:

- Promove a proteção dos direitos humanos;
- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;
- Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avelin, P., Gyllensward, G., Erlandsson, K. & Radestad, I. (2014). Adolescents' experiences of having a stillborn half-sibling. *Death Studies*. 38. 557-562.
- Howe, N. & Recchia, H. (2014). *Sibling Relations and Their Impact on Children's Development*. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/peer-relations/according-experts/sibling-relations-and-their-impact-childrens-development>. Acedido a 01/012/2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 24-38.
- Queiroz, A., Meireles, M., & Cunha, S. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.
- Ramos, S. (2015). O Luto Fraternal durante a Infância e a Adolescência: Revisão Integrativa da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 19(2).

Apêndice XV:

Registo no Sistema Informático - SClinico



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Registos no Sistema Informático - SClinico -

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2. TABELA APRESENTADA	5
3. AVALIAÇÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

Desde Florence Nightingale e até à atualidade que se considera que os registos de enfermagem são indispensáveis como forma de transmissão de informação dos acontecimentos ocorridos e dos cuidados prestados, permitindo a continuidade no cuidar do outro.

Infelizmente, os sistemas de informação de enfermagem ainda não estão suficientemente desenvolvidos em todos os contextos, o que leva a que muitas vezes, os registos de enfermagem não sejam considerados uma prioridade. Contudo, a sua importância é facilmente justificada, quer pela promoção da continuidade de cuidados, como pela aferição de indicadores dos cuidados de enfermagem, após o tratamento de dados (Bondas, Eriksson, & Karkkainen, 2005).

No serviço de internamento pediátrico onde me encontro a realizar estágio, a informatização dos registos de enfermagem e a implementação da linguagem classificada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), ainda se encontra em fase de adaptação, tendo sido implementado no final do ano passado, requerendo uma reorganização no modo de documentar os cuidados.

Com o início do estágio, e uma vez que trabalho com o sistema informático utilizado no serviço, o SClinico, propus a realização de uma tabela para a uniformização dos registos, para a adequação dos registos na referida plataforma.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A elaboração dos registos encontra-se legislada no decreto de lei N.º 437/91 que regulamenta a carreira de Enfermagem, no decreto de lei N.º 161/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no decreto de lei N.º 104/98, que aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o respetivo Código Deontológico, tendo, assim, um enquadramento legal contemplado na lei portuguesa.

Os registos de Enfermagem têm como principais objetivos:

- Estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao doente;
- Facilitar e assegurar a continuidade na prestação de cuidados;
- Colaborar na avaliação da qualidade e eficiência dos cuidados/tratamentos;
- Fornecer dados úteis para pesquisa, educação e planeamento a curto e a longo prazo;
- Responsabilizar o grupo profissional envolvido no cuidado/tratamento do utente;
- Avaliar as necessidades de formação.

Ao longo do tempo as tecnologias de informação têm-se tornado imprescindíveis para gestão de múltiplas informações nas organizações de saúde, tendo o mesmo se verificado na área de enfermagem. Contudo, a introdução de sistema de informação informatizados tem sido lenta. Através da literatura, é possível confirmar a sua importância. Para Martins et al. (2008, p. 53), “é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas (...) contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias”. A informatização dos registos clínicos promove a sistematização e uniformização de procedimentos, numa melhoria da organização do armazenamento das informações de saúde (Rocha, 2012). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p. 18) é fulcral a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”.

2. TABELA APRESENTADA

Foco	Diagnósticos de Enfermagem (selecionar um)	Intervenções	Horário
Auto Cuidado: Higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Auto cuidado: higiene comprometido; - Independente no auto cuidado: higiene - Auto cuidado: higiene dependente, em grau moderado - Auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado - Auto cuidado: higiene dependente, em grau reduzido - Capacidade do prestador de cuidados para cuidar da higiene 	Avaliar auto cuidado: higiene	Turno fixo: Manhã
Auto Cuidado: Comer	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se comprometido - Sem alimentar-se comprometido - Alimentar-se dependente, em grau moderado - Alimentar-se dependente, em grau elevado - Alimentar-se dependente, em grau reduzido - Independente no alimentar-se 	Vigiar refeição	Turno Fixo: Manhã e Tarde
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se	Turno Fixo: Manhã e Tarde

Auto Cuidado: Vestuário	- Sem auto cuidados: vestuário comprometido	Avaliar auto cuidado: vestuário	Turno fixo: Manhã
	- Auto cuidado: vestuário comprometido - Independente no autocuidado: vestuário - Auto cuidado: vestuário dependente, grau elevado - Auto cuidado: vestuário dependente, grau moderado - Auto cuidado: vestuário dependente, grau reduzido	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário	Turno fixo: Manhã
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	- Sem auto cuidado: uso do sanitário: comprometido	Avaliar o auto cuidado: uso do sanitário	Sem horário
	- Auto cuidado: uso do sanitário comprometido - Independente no auto cuidado: uso do sanitário - Auto cuidado: uso do sanitário dependente, grau reduzido - Auto cuidado: uso do sanitário dependente, grau elevado - Auto cuidado: uso do sanitário dependente, grau moderado	Avaliar capacidade do prestador de cuidados de assistir no usar o sanitário	Sem horário
Desenvolvimento Infantil		Monitorizar peso corporal	De 7/7 dias às 10h

	(não tem diagnóstico de enfermagem pré-definido)	Monitorizar altura	Primeira quarta-feira do mês
		Vigiar eliminação urinária	Sem horário
		Vigiar eliminação intestinal	Sem horário
		Vigiar tónus muscular	Turno fixo: Manhã
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Sem dor - Dor, em grau muito elevado - Dor, em grau elevado - Dor, em grau moderado - Dor, em grau reduzido 	Monitorizar dor	Sem horário
Infeção	<ul style="list-style-type: none"> - Sem infeção - Infeção - Conhecimento sobre prevenção de infeção 	Avaliar infeção / Avaliar risco de infeção	Sem horário
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de infeção	Sem horário
Membrana Mucosa	<ul style="list-style-type: none"> - Sem membrana mucosa comprometida - Membrana mucosa comprometida - Conhecimento sobre prevenção do compromisso 	Avaliar membrana mucosa	Sem horário
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para prevenir compromisso da mucosa	Turno Fixo: Manhã

Papel Parental	- Conhecimento da comunidade para tomar conta	Avaliar papel parental	Sem horário
		Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização	Turno Fixo: Manhã
Pele	<ul style="list-style-type: none"> - Pele seca - Pele húmida - Sem pele seca/húmida - Conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados com a pele 	Avaliar pele	Sem horário
Sono	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sono comprometido - Sono comprometido 	Avaliar sono	Turno Fixo: Noite
Úlcera por pressão (se acamado)	<ul style="list-style-type: none"> - Sem úlcera de pressão - Úlcera de pressão - Baixo risco de úlcera de pressão - Alto risco de úlcera de pressão - Sem risco de úlcera de pressão - Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão 	Avaliar risco de úlcera por pressão / Avaliar úlcera por pressão	Sem horário
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera por pressão	Turno fixo: Manhã e Tarde

3. AVALIAÇÃO

Segundo a OE (2001), as tecnologias de informação em saúde têm-se desenvolvido com o intuito de melhorar o acesso, o custo e a qualidade de cuidados, potenciando a produção de informação e a acessibilidade dessa informação por diferentes utilizadores. Além disso, as mesmas permitem, não só, produzir e monitorizar indicadores de qualidade de cuidados, bem como o mostrar o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde da população.

Enquanto enfermeira especialista, a presente atividade permitiu-me dinamizar a equipa, motivando-a para a importância do registo dos cuidados de enfermagem, esclarecendo dúvidas relativamente à correta operacionalização dos registos. Importa salientar que, só através de um registo sistemático, claro e rigoroso das intervenções de enfermagem é que se torna possível, não só, melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados, como também dar visibilidade ao contributo destes cuidados para a saúde da população. Para que seja demonstrado, objetivamente, o valor social da profissão de enfermagem, bem como, o impacto do trabalho dos enfermeiros na qualidade de vida dos cidadãos, os mesmos devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de registo e monitorização da sua prática (OE, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bondas, T., Eriksson, K., & Karkkainen, O. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132.
- Decreto-Lei 437/1991 de 08 de novembro (1991). *Diário da República*, 1ª Série - A. N.º 257 (08-11-1991) 5723-5741.
- Decreto-Lei 161/1996 de 04 de setembro (1996). *Diário da República*, 1ª Série -A. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/aenfermagem/documents/repe.pdf>.
- Decreto-Lei 104/1998 de 21 de abril (1998). *Diário da República*, 1ª Série - A. N.º 93 (21-04-1998) 1739-1757.
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J. ... Santos, (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*. 12 (2). 52-61.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rocha, B. G. (2012). *Adopção de Standars no Registo Clínico de Enfermagem - Estudo de Caso em Hospital Português* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2943/3/DM_10734.pdf.

Apêndice XVI:

Jornal de Aprendizagem em contexto do Serviço de Internamento de Pediatria



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Jornal de Aprendizagem

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2018

1. DESCRIÇÃO

Num dos primeiros dias de estágio no serviço internamento de pediatria (SIP) tive a oportunidade de conhecer o C., um rapaz de 15 anos. Quando tinha 10 anos, tinha-lhe sido diagnosticado um tumor do sistema nervoso central. Após ter feito tratamentos, entrou em remissão. Contudo, a doença tinha voltado e o C. apresentava, no presente internamento, diversas metástases espalhadas por diferentes órgãos e sistemas, tendo sido internado para controlo sintomático em cuidados paliativos. Após recebermos o turno, a Enf.^a A., a enfermeira que estava a orientar o meu estágio, informou-me que o C. era um rapaz muito independente e maturo e que estava ciente do estado avançado da sua doença apresentando-se, por isso, triste e cabisbaixo desde a data em que foi internado.

Tendo em mente o trabalho que estava a realizar, e sabendo que o C. tinha uma irmã, a Enf.^a A. pediu, junto dos colegas, para que, quando presentes no serviço, Enf.^a A. e eu ficássemos responsáveis pelo C. no turno.

Assim, ao longo dos turnos tive oportunidade de ir conhecendo o C. e a sua família, que era constituída pela Sra. D.^a S., a mãe, pelo Sr. F., o pai, e pela B., a irmã do C. que tinha 13 anos. A Sra. D.^a S. era quem estava mais presente, ficando o Sr. F. com a B. em casa. Aos fins-de-semana a Sra. D.^a S. ia para casa, ficando o Sr. F. com o C. no hospital.

Após ter sido estabelecida uma relação com o C. e com a sua mãe, tive oportunidade de conhecer o Sr. F. e a B. Aos fins-de-semana, durante a parte da tarde, a Sra. D.^a S. ia visitar o C. com a B. Contudo, à mesma, por imposição dos pais, não era permitida a permanência no quarto com C., ficando, por longos períodos, sozinha na sala de espera.

Um dia, após ver-me sair do quarto do C., a B. abordou-me, questionando quando é que o irmão iria para casa. Antes que tivesse oportunidade de responder, a mesma assegurou-me que sabia quão doente o C. estava e que queria saber quando é que ele iria para casa para poder conversar com ele e pedir-lhe desculpa.

Nesse momento percebi que a B. estava a querer contar-me mais, estava a querer partilhar comigo os seus sentimentos e preocupações. Como tal, e uma vez que estava mais pessoas na sala de espera, encaminhei-a para um local mais reservado do serviço, onde nos pudéssemos sentar e conversar tranquilamente.

Enquanto nos deslocávamos, perguntei-lhe se queria o pai ou a mãe estivessem presentes, tendo, a mesma, respondido negativamente.

Após nos sentarmos, questionei-lhe o que ela queria dizer com “pedir desculpa” e o porquê de ela achar que tinha que lhe pedir desculpa, pergunta à qual a B. não queria responder. Como tal, optei por reiniciar a nossa conversa com questões mais gerais para, posteriormente regressar à questão colocada. Perguntei-lhe, então, como estavam a correr as coisas na escola. A B. disse-me que estava a correr bem, que tinha conseguido melhorar as notas, para que isso não fosse um motivo de preocupação dos pais. Seguidamente, questionei se ela fazia algum desporto ou se tinha alguma atividade extra-escola, tendo percebido, pela resposta fornecida, que a mesma tinha abandonado as atividades extra-curriculares, uma vez que os pais não tinham disponibilidade para a transportar até às mesmas e que ficava muitas horas sozinha em casa, até o pai chegar do trabalho tendo, inclusivamente, que cozinhar o jantar por diversas vezes. Com o desenrolar da conversa percebi que, enquanto família alargada, a B. tinha 3 tios que viviam perto da sua casa, bem como os avós maternos, a quem os pais da B. não tinham pedido ajuda. Percebi, também, que o ginásio onde a B. praticava natação era frequentado, não só por um dos tios, como por uma colega da turma.

Ao fim de algum tempo, e por sentir que a B. estava a ficar mais confortável a falar comigo, decidi falar do C., perguntando-lhe o que é que ela sabia acerca da doença do irmão. A mesma disse-me que sabia que era muito grave e que, uma vez que os médicos não lhe iam fazer nenhum tratamento, o irmão iria falecer. Posteriormente perguntei-lhe se tinha alguma dúvida em relação à doença do C., ao que a B. respondeu não ter dúvidas. Então, questionei-lhe o que é que ela estava a sentir por saber que o irmão iria falecer. A mesma respondeu-me que estava muito triste, pois gostava muito do irmão, mas que, concomitantemente sabia que ele ia deixar de sofrer. Além disso, disse-me que se sentia culpada, sendo esse o motivo porque queria pedir desculpa ao C., pois tinha ficado muito triste quando teve que deixar a natação e tinha lhe dito que a culpa era dele, que a sua doença estava a fazer com que a sua vida tivesse que mudar por completo. Após a sua resposta, procurei reconfortá-la, dizendo-lhe que os sentimentos que estava a sentir eram normais e que, se ela quisesse, ia ajudá-la a falar com o C. E assim fiz.

A B. e eu escolhemos, então, um dia, no fim-de-semana seguinte, para ela falar com o C. Encorajei-a, também, ao longo dessa semana a escrever num papel tudo o que queria dizer ao C.

Enquanto isso, durante a semana aproveitei para expressar a minha preocupação em relação à B. à Sra. D.^a S., contando-lhe a conversa que tinha tido com a mesma, no sentido de, em conjunto, arranjarmos estratégias para minimizar o impacto e as repercussões emocionais da doença do C. na sua irmã, na B. Assim, propus o regresso da B. à natação, argumentando acerca da importância da manutenção das rotinas familiares, sugerindo que a mesma fosse para o ginásio com a colega da escola, após o termino das aulas, e que regressasse a casa com um dos tios. Além disso, questionei à Sra. D.^a S. se ela não queria solicitar a ajuda dos seus pais, no sentido de ficarem com a B. quando o Sr. F. tivesse que ficar a trabalhar até tarde, para a mesma não passar tantas horas sozinha. Além disso, sugeri que, aos fins-de-semana, quando a Sra. D.^a S. estava em casa com a B., as duas fizessem alguma atividade, dessem um passeio ou fossem a um lugar que a B. gostasse, que ambas passassem tempo juntos no qual o foco de atenção fosse a B., para que a mesma não sentisse que era colocada em segundo plano devido à doença do irmão. Por último, aconselhei a integrarem a B. nos cuidados ao irmão, mesmo que em coisas simples, uma vez que isso permitiria a criação de memórias importantes e que, posteriormente, facilitaria o processo de luto. Após ouvir as minhas propostas, a Sra. D.^a S. agradeceu a minha disponibilidade e reconheceu a importância das estratégias por mim sugeridas. Contudo, afirmou que não estava disposta a integrar a B. nos cuidados ao irmão, uma vez que queria protegê-la da situação, numa tentativa de manter a sua adolescência o mais “normal” possível. Como tal, propus que permitissem a permanência da B. no quarto com o C., para que a mesma não ficasse sozinha na sala de espera, sugestão à qual a Sra. D.^a S. acedeu. Para terminar, contei à Sra. D.^a S. o que tinha combinado com a B., no sentido de pedir a sua colaboração, para o caso da B. querer falar com o C. sem os pais presentes. A Sra. D.^a S. ficou visivelmente surpreendida com o meu pedido, mas acedeu, mostrando o seu contentamento pelo meu empenho em minimizar o impacto da doença do C. na B.

No fim-de-semana seguinte, a B. trouxe uma longa lista de coisas que queria dizer ao C. Após termos percorrido a lista, sugeri que fosse falando com o C. ao longo do tempo, focando-se, no presente dia, no pedido de desculpas que queria fazer, uma

vez que senti que esse era o problema mais emergente. A mesma disse-me que tinha que dizer tudo porque não sabia se ia ter outra oportunidade para falar com ele, devido aos seus pais. Tranquilei-a, dizendo-lhe para se focar numa questão de cada vez, para se focar no que queria e precisava de dizer ao C. naquele dia. A B. assim o fez. Quando fomos conversar com o C., ela pediu aos pais se podiam sair, pedido ao qual os pais acederam. Posteriormente começou a pedir desculpa ao C. pelo que tinha dito. Quando senti que a minha presença já não era necessária, ausentei-me do quarto, permitindo que os irmãos conversassem tranquilamente.

2. SENTIMENTOS

Posso considerar que a experiência foi extremamente importante e rica, quer a nível emocional e humano, como a nível profissional e académico.

Segundo a literatura, perante a doença de um filho, a atenção dos pais dirige-se, inevitavelmente, para o filho doente, levando a que os filhos saudáveis se sintam abandonados/excluídos (Orloff & Jones, 2011). Como tal, cabe aos enfermeiros ajudar os pais a identificar as necessidades dos irmãos implementando de intervenções de apoio no sentido de suprimir as necessidades reconhecidas. Além disso, as intervenções instituídas devem, também, permitir uma melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança doente, bem como uma redução dos distúrbios psicológicos provocados por stressores vivenciados pelos irmãos (Murray, 2000, citando Dunkel-Schetter, 1984; Morrow, Carpenter & Hoagland, 1984; Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986; Speechley & Noh, 1992; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994; Ellerton, Stewart, Ritchie, & Hirth, 1996; Krishnasamy, 1996).

Na situação previamente descrita é possível identificar as estratégias por mim propostas para minimizar o impacto e as repercussões emocionais da doença do C. na sua irmã, indo ao encontro da literatura, que sugere que as estratégias de enfermagem devem atender aos diferentes tipos de apoio: emocional, informativo, instrumental e de apreciação (Murray, 2000, citando Murray, 1995). Relativamente ao apoio emocional, o mesmo foi desenvolvido ao ter criado condições para que a B. conversasse sobre os seus problemas e partilhasse sentimentos, levando-me a conhecer e compreender as suas preocupações. O apoio informativo foi proporcionado quando questioneei à B. se tinha alguma dúvida em relação à doença do irmão. O apoio instrumental foi onde consegui desenvolver mais estratégias para ajudar a B., no sentido de manter as rotinas familiares e de incentivar os pais a passar tempo com a mesma, no qual ela fosse o foco da atenção. Por último, o apoio de apreciação passou por tranquilizar a B., afirmando que os sentimentos demonstrados pela mesma eram normais e adequados à situação. Importa salientar que “os enfermeiros podem assistir a família, através da ajuda aos pais, na identificação de formas de envolver os irmãos no processo de cuidados e na informação honesta e adequada ao desenvolvimento das crianças” (Ethier, 2014, p. 946).

3. AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

A experiência descrita foi extremamente rica pois permitiu o desenvolvimento de competências, sendo estas algumas das descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010):

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.

4. AGENDA

Após a situação, e em conversa com a Enf.^a orientadora, percebi que os enfermeiros do serviço lidam frequentemente com situações similares, embora não se sintam aptos para tal, devido à inexperiência ou falta de sustentação teórica. Como tal, e uma vez que tinha planeado realizar a ação de formação intitulada: “Cuidar da criança em processo paliativo e da sua família: estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos”, sugeri, à Enf.^a orientadora, deixar a apresentação, bem como a bibliografia que a sustentou disponível no serviço, de modo a que, quando necessário, a mesma pudesse ser consultada, com o objetivo de maximizar as respostas dadas pelos colegas em situações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ethier, A. (2014). Cuidados centrados na família em situações de fim de vida. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 931-963). Loures: LUSOCIÊNCIAç
- Murray, J. (2000). A Concept Analysis of Social Support as Experienced by Siblings of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 15(5). 313-322.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orloff, S. & Jones, B. (2011). Psychosocial Needs of the Child and Family. In: B. Carter, M. Levetown & S. Friebert. *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2ª Edição). (p. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Apêndice XVII:

Sessão de Análise de Práticas



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sessão de Análise de Práticas

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2018

INTRODUÇÃO

Aos enfermeiros é inculcida a prática baseada na evidência, como forma de justificar os cuidados prestados ao cliente, sendo, por isso, necessário mobilizar uma vasta gama de saberes, que vão além dos conhecimentos das ciências “médicas” (Craig e Smyth, 2004). Para a aquisição de competências torna-se necessário analisar as práticas instituídas, questionarmo-nos o porquê das ações prestadas, dos cuidados prestados, ou seja, passa por pôr-se em causa, refletir criticamente sobre o que se faz, verificando se os resultados atingidos eram os pretendidos.

O contexto de internamento pediátrico permitiu-me o contacto com diversas crianças em cuidados paliativos e suas famílias, incluindo o contacto com os irmãos das crianças doentes. A literatura demonstra que a criança com doença crónica ou em cuidados paliativos torna-se, por necessidade, o foco da atenção e preocupação dos pais. As hospitalizações e consultas médicas frequentes quebram a rotina familiar, colocando os irmãos em segundo plano, ficando, os mesmos, muitas vezes em casa de familiares ou amigos ou, até mesmo, sozinhos. Simultaneamente, os feriados, férias e outros eventos especiais não são aproveitados da mesma forma e os pais podem não ser capazes de comparecer com frequência às atividades escolares ou outras atividades dos irmãos, podendo igualmente não estar física e emocionalmente disponíveis para eles. Além disso, os recursos financeiros são direcionados para a criança doente, afetando os irmãos da mesma (Lane & Mason, 2014).

O objetivo central da sessão de análise das práticas é identificar as necessidades dos irmãos da criança doente, explanando algumas estratégias de enfermagem que podem ser implementadas para colmatar essas necessidades. Para tal, foram selecionados 3 enfermeiros, 1 especialista e 2 generalistas, que se comprometeram a ler o artigo “*Meeting the Needs of Sibling of Children with Life-Limiting Illnesses*” antes do espaço da análise das práticas. A escolha dos enfermeiros para a sessão foi sustentada pelo tempo de experiência profissional dos mesmos na prestação de cuidados, tendo estabelecido como critério de seleção os enfermeiros com experiência profissional igual ou superior a 5 anos, garantindo, assim, que os participantes se encontravam no nível competente, de acordo com Benner (2001). Para o desenvolvimento desta atividade centrei-me na análise das narrativas desenvolvida a partir das duas questões efetuadas.

1. ANÁLISE DE PRÁTICAS

- Quais são as vivências dos irmãos da criança em processo paliativo?

“A doença do irmão leva a uma maior ausência dos pais, quer seja por internamento da criança ou por vindas ao hospital para tratamentos e/ou consultas. Isso faz com os irmãos se possam sentir abandonados ou, até mesmo, excluídos da família, especialmente quando aos mesmos não é dada a hipótese de vir visitar o irmão ao hospital. Além disso, faz com que as rotinas familiares sofram alterações, o que tem um grande impacto na vida dos irmãos da criança doente pois, além de deixarem de ver os pais com a mesma regularidade, as rotinas a que foram habituados, como as atividades extra-curriculares e as atividades em família sofrem alterações. Estas alterações podem levar a que os irmãos se sintam revoltados com os pais ou mesmo com a criança doente.” (Enf.^a A.)

“Problemas escolares e alimentares também são frequentes. Há uns anos, houve uma situação que me marcou, a situação da D., a irmã de uma criança que esteve internada aqui no serviço. Quando a T. esteve internada, os pais optaram por deixar a D. com os avós, de forma a poderem estar mais presentes no internamento. Os avós da D., uma adolescente de 15 anos, já eram pessoas de uma certa idade e, com o passar do tempo deixaram de conseguir ter mão na D. No início do internamento ela era uma adolescente roliça com boas notas e com projetos para o futuro. Contudo, com o passar do tempo as suas notas começaram a ficar cada vez piores, pois a mesma começou a dar-se com um grupo de adolescentes mais velhos que a levavam para maus caminhos. Como se não bastasse, a mesma desenvolveu uma bulimia muito grave. Ficou magríssima, tendo chegado a estar internada por diversas vezes, quer por extremo baixo peso, quer por hematemese. Lembro-me da sua mãe a chorar aqui no serviço, sem saber o que fazer, sem saber como a ajudar.” (Enf. R.)

“Ao longo dos anos, pude constatar que os irmãos experienciam diversos sentimentos aquando da doença da criança. Os mais comuns são a preocupação e o medo. Sentimentos de culpa também são frequentes, embora não tão frequentes como os anteriores. Vergonha, revolta, raiva, ressentimento, são tudo sentimentos com os quais os irmãos podem ter que lidar.” (Enf.^a E.)

- Na sua prática diária de cuidados, de que forma intervém no sentido de atender às necessidades dos irmãos da criança doente?

“Segundo a filosofia de cuidados pela qual reajo a minha prestação, a filosofia dos cuidados centrados na família, as necessidades dos irmãos, pessoas integrantes da família, devem ser atendidas. Como tal, procuro, sempre que possível, disponibilizar tempo para os ouvir, ouvir as suas preocupações, os seus medos e perceber como é que a doença da criança está a influenciar a sua vida. Às vezes, os pais são super-heróis, conseguindo suprimir as necessidades da criança doente e as dos irmãos, sem que seja precisa a nossa intervenção. Outras vezes basta uma conversa, quer com o irmão, no sentido de lhe transmitir algumas informações sobre o processo de doença ou sobre o tratamento que a criança doente está a fazer, esclarecendo eventuais dúvidas que tenham, quer com os pais, no sentido de os lembrar que existem outros elementos na família que também precisam da sua atenção, nunca os culpabilizando. Nos casos mais sérios e difíceis, como o caso descrito pelo Enf. R. há pouco, é necessário a elaboração de um plano de intervenção que integre os pais, a criança doente, os irmãos e a família alargada, como os avós e tios. Se necessário, podem, também, ser incluídos amigos da família nesse plano.” (Enf.^a A.)

“A integração dos irmãos nos cuidados à criança doente é uma estratégia que utilizo, quando tenho permissão dos pais para tal e quando os irmãos o desejam. Assim, os irmãos têm oportunidade de passar mais tempo com a criança doente, bem como com os pais. Além disso, esta estratégia promove o diálogo, facilitando a expressão de sentimentos por parte dos irmãos, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas existentes, quer em relação à doença da criança, quer em relação à possibilidade de ser contraída pelo irmão. Por último, a integração dos irmãos nos cuidados permite a criação de novas rotinas no seio familiar, evitando, assim, que o irmão se sinta excluído ou abandonado. Como estamos a falar de uma criança em cuidados paliativos, esta estratégia pode, também, facilitar o processo de luto pelo qual o irmão terá que passar.” (Enf. R.)

“Relativamente à estratégia proposta no artigo, a criação de grupos de irmãos, penso que seria uma estratégia benéfica em diferentes áreas, pois permite não só, que os irmãos não se sintam sozinhos, pois percebem que há mais crianças na

mesma situação, como também facilita a expressão de sentimentos, pois as crianças têm mais facilidade em conversar e expressar os seus sentimentos com os seus pares, embora considero que seja de difícil implementação. Além das estratégias mencionadas pelos meus colegas, que também utilizo, procuro transmitir aos pais a importância de passarem tempo com os irmãos da criança doente, no qual o foco de atenção sejam eles mesmos. Junto com os pais tento, também, arranjar alternativas para manter as rotinas que os irmãos tinham, previamente ao diagnóstico da criança doente. Alternativas que passam por pedir a um tio para dar boleia para a escola ou pedir aos avós para irem para o domicílio dos irmãos ao final da tarde, ajudando com os trabalhos de casa e cozinhando o jantar, de modo a que os pais possam estar com a criança no hospital, sem que os irmãos fiquem sozinhos em casa ou, até mesmo, pedir aos pais de um colega da atividade extracurricular praticada pelo irmão para dar boleia.” (Enf.^a E.)

2. CONCLUSÃO

A sessão de análise de práticas foi extremamente importante, pois permitiu, a reflexão acerca dos comportamentos e atitudes aquando a prestação de cuidados à criança em processo paliativo e sua família, na qual se incluem os irmãos, facilitando a compreensão das dificuldades individuais e de como superá-las. Além disso, a partilha de conhecimentos e sentimentos possibilita a uniformização do trabalho em equipa e, consequentemente, a coesão e união da mesma.

Segundo as autoras do artigo, as necessidades dos irmãos das crianças em processo paliativo não devem ser ignoradas, devendo, os serviços que prestam apoio às famílias, atender a essas necessidades, tendo em conta a filosofia dos cuidados centrados na família. Os pais podem pedir informações acerca dos irmãos da criança, devendo ser apoiados e encorajados a comunicarem com os mesmos de forma eficaz e a estabelecer tempo regular com os irmãos, que não seja focado na doença da criança. Além disso, os irmãos podem, também, beneficiar da criação de grupos de apoio para irmãos ou de apoio individual, quando necessário (Lane & Mason, 2014).

A atividade descrita foi muito rica pois permitiu o desenvolvimento de competências, sendo estas algumas das descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010):

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Lane, C. & Mason, J. (2014). Meeting the Needs of Sibling of Children with Life-Limiting Illnesses. *Nursing Children and Young People*. 26(3). 16-20.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice XVIII:

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no Internamento de Pediatria -
Registos no Sistema Informático



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no Internamento de Pediatria - Registos no Sistema Informático -

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANEAMENTO.....	4
2. IMPLEMENTAÇÃO.....	6
3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	6
4. APRESENTAÇÃO.....	7
5. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	18
6. AVALIAÇÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

A evolução na enfermagem tem por base as mudanças nos vários contextos, sendo estes, socioeconómicos, culturais, políticos e tecnológicos. O cuidar continua a ser um desafio para a profissão, uma vez que cada pessoa é diferente, possuindo valores, emoções e crenças diferentes, sendo necessário uma individualização dos cuidados.

Apesar da sua importância, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica é pouco valorizado, quer pelas instituições de saúde, quer pelos próprios enfermeiros, não sendo, por isso, considerado objeto de reflexão e/ou sustentação em evidência científica (Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Martins & Fernandes, 2017). Contudo, para o cliente, os gestos de enfermagem relacionados com aspetos emocionais, são muito importantes porque o ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do *empowerment*, da informação e do conforto. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, na capacidade que o enfermeiro apresenta para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções (Honoré, 2004). Assim, com o intuito de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e neles próprios (Diogo, 2015).

A formação em serviço constitui um modo de transmissão e mobilização de conhecimentos e experiências facilitador da aprendizagem. Quando se verifica a necessidade de aprofundar determinado tema, como o registo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica no sistema informático, torna-se pertinente que seja criado um momento para o efeito. Assim, propus a realização de uma apresentação no sentido de orientar os enfermeiros no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e levantamento de intervenções associadas ao espectro da gestão das emoções. O registo adequado do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica irá possibilitar a valorização do suporte emocional enquadrado na relação de cuidados e dar visibilidade ao tempo que os enfermeiros dispõem em intervenções de cariz emocional.

1. PLANEAMENTO

Tema: O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no Internamento de Pediatria - Registos no Sistema Informático

Local: Sala de Enfermagem

Data: 02/02/2018

Hora: 15horas

Objetivo geral: Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e o seu registo no sistema informático

Objetivos específicos:

- Explicitar a importância dos registos de enfermagem no sistema informático que refletem o desempenho do trabalho emocional;
- Identificar os focos utilizados pelos enfermeiros do serviço;
- Revelar os focos existentes no programa informático utilizado no serviço.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema e justificação; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	Datashow Computador	5 Min.
Desenvolvimento	- Cuidar em Enfermagem; - Cuidar em Enfermagem Pediátrica; - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica; - Sistema de Registo Informático; Sistema de Registo Informático – Focos e Intervenções utilizados e	Expositiva	Datashow Computador	20 Min.

	<p>Informações registadas em notas gerais;</p> <p>- Sistema de Registo Informático – Focos existentes e Informações a registar em notas gerais.</p>			
Discussão	- Qual a importância dos registos de enfermagem no sentido de desocultar a dimensão emocional do cuidar em enfermagem?	Interativo: partilha de experiências	Datashow Computador	10 Min.
Conclusão	- Síntese do trabalho	Expositiva	Datashow Computador	5 Min.
Avaliação	- Questionário de avaliação	Interrogativa/ Avaliativa	Papel	5 Min.

2. IMPLEMENTAÇÃO

Para realização da sessão de formação foi pedida autorização à Enf.º Chefe e ao 2º elemento do serviço, que disponibilizaram os meios necessários para que a sessão se realizasse com sucesso. Através da afixação do cartaz de divulgação na sala de trabalho de enfermagem, os enfermeiros do serviço foram convidados a estar presentes na mesma.

A sessão foi agendada com a Enf.ª Orientadora, no sentido de possibilitar a presença do maior número de formandos.

3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**O TRABALHO EMOCIONAL
EM ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA**

Registos no Sistema Informático

DATA: 02/02/2018
HORA: 15:00
LOCAL: Sala de Enfermagem

ENF.ª ORIENTADORA: [REDACTED]
FORMADORA: Carolina Costa
(Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

4. APRESENTAÇÃO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**O Trabalho Emocional em Enfermagem
Pediátrica no Internamento de Pediatria
- Registos no Sistema Informático -**

Orientado por:
Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira Especialista [REDACTED]

Realizado por:
Carolina Gomes da Costa
Nº 1677

Lisboa, 02 de fevereiro de 2018

Sumário:

- ▶ Objetivos da sessão
- ▶ Cuidar em Enfermagem
- ▶ Cuidar em Enfermagem Pediátrica
- ▶ Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
- ▶ Sistema de Registo Informático
- ▶ Sistema de Registo Informático - Informações registadas em notas gerais
- ▶ Sistema de Registo Informático - Focos existentes e Informações a registar em notas gerais
- ▶ Conclusão
- ▶ Referências Bibliográficas

Objetivo Geral:

- ▶ Refletir sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica e o seu registo no sistema informático

Objetivos Específicos:

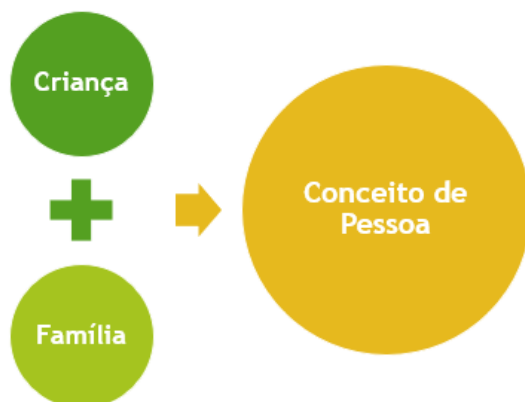
- ▶ Explicitar a importância dos registos de enfermagem no sistema informático que refletem o desempenho do trabalho emocional;
- ▶ Identificar os focos utilizados pelos enfermeiros do serviço;
- ▶ Revelar os focos existentes no programa informático utilizado no serviço.

Cuidar em Enfermagem



(Sousa & Sousa, 2007, citando: Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003)

Cuidar em Enfermagem Pediátrica



(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010)

Cuidar em Enfermagem Pediátrica

- O processo de saúde-doença vividos por crianças/jovens e suas famílias estão, normalmente, associados a uma emocionalidade intensa. Como tal, o cuidar em enfermagem pediátrica torna-se um grande desafio emocional para os enfermeiros, uma vez que têm que gerir as emoções perturbadoras dos clientes.



(Diogo, 2015)

Assim, os enfermeiros satisfazem as necessidades dos clientes, conduzindo ao bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual.

(OE, 2011)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica tem como objetivo transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença.

(Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016)

- Tripla centralidade: no enfermeiro, no cliente e na relação enfermeiro-cliente.

(Diogo, 2015)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um ambiente seguro e afetivo

Nutrir os cuidados com afeto

Gerir as emoções dos clientes

Construir a estabilidade na relação

Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)

(Diogo, 2015)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



(Diogo, 2015, p. 215)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- ▶ Apesar da sua importância, o **Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica é pouco valorizado**, quer pelas instituições de saúde, quer pelos próprios enfermeiros, **não sendo**, por isso, **considerado objeto de reflexão e/ou sustentação em evidência científica**.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Martins & Fernandes, 2017)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

- ▶ Contudo, para o **cliente**, os gestos de enfermagem relacionados com **aspectos emocionais, são muito importantes** porque o **ajudam a ultrapassar experiências emocionalmente intensas**. As ações/interações tendem a desenvolver mecanismos que auxiliam o cliente a ultrapassar situações causadoras de *stress* através do **empowerment, da informação e do conforto**. Estas estão na base do trabalho emocional, ou seja, na capacidade que o enfermeiro apresenta para **ajudar o cliente a lidar com as suas emoções**.

(Honoré, 2004)

Sistema de Registo Informático

SCLINICO

- ▶ Aplicação destinada ao registo de informação decorrente do ato de consulta, direcionada para os profissionais de saúde
- ▶ Incorpora como linguagem classificada a CIPE®

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático

Vantagens do Sistema de Registo Informático:

- ▶ Uniformização de registos;
- ▶ Agilização do tempo de cuidados;
- ▶ Facilita a consulta do processo;
- ▶ Classificação dos doentes e grau de complexidade de cuidados;
- ▶ Entre outros.

Sistema de Registo Informático - Informação registada em notas gerais

Estado emocional da criança:

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| ▶ Bem-disposto; | ▶ Irritado; |
| ▶ Calmo; | ▶ Colaborante; |
| ▶ Comunicativo/pouco comunicativo; | ▶ Entre outros. |
| ▶ A brincar; | |
| ▶ Triste; | |
| ▶ Ansioso; | |

Como potenciar os registos?
Que outros focos existem?



Sistema de Registo Informático - Focos existentes

- ▶ Ambivalência
- ▶ Angústia;
- ▶ Angústia espiritual;
- ▶ Ansiedade;
- ▶ Apoio da família;
- ▶ Apoio emocional;
- ▶ Atitude da família;
- ▶ Bem-estar;
- ▶ *Burnout*;
- ▶ Crise familiar;
- ▶ Confiança;
- ▶ Culpa;
- ▶ Esperança;
- ▶ Entre outros.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa,
Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático - Informação a registar em notas gerais

Intervenções realizadas:

- ▶ Conversar, ouvir, estar presente;
- ▶ Compreender;
- ▶ Transmitir segurança/suporte;
- ▶ Consolar e cuidar;
- ▶ Empatia e disponibilidade;
- ▶ Dar tempo e espaço para a expressão das emoções;
- ▶ Empoderar/conferir controlo;
- ▶ Aconselhar formas de relaxamento;
- ▶ Envolver outros membros da família;
- ▶ Partilha de experiências com outros pais - espaço de ajuda mútua;
- ▶ Entre outras.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Sistema de Registo Informático - Informação a registar em notas gerais

Informações relativas aos pais:

- ▶ Dúvidas;
- ▶ Preocupações;
- ▶ Medos;
- ▶ Partilhas de sentimentos;
- ▶ Necessidades de informação;
- ▶ Necessidades fisiológicas;
- ▶ Necessidade de “apoio especializado”.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes & Fonseca, 2017)

Qual a importância dos registos de enfermagem no sentido de desocultar a dimensão emocional do cuidar em enfermagem?



Conclusão

- ▶ O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica visa promover o alívio e o bem-estar da criança e família, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar.
- ▶ Importa salientar que o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica deve ser utilizado pelos enfermeiros nos clientes e nos próprios.

(Diogo, 2015)

Referências Bibliográficas

- ▶ Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta;
- ▶ Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642;
- ▶ Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N. & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de Enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 77-103). Loures: Lusodidacta;
- ▶ Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H. & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 149-194). Loures: Lusodidacta;
- ▶ Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência;

Referências Bibliográficas

- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.

5. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A sua opinião sobre esta ação de formação é extremamente importante para aferir em que medida as suas expectativas foram satisfeitas e para melhorar o desempenho do formador em futuras ações de formação. A sua participação é voluntária e o tratamento, análise e divulgação dos dados obtidos garante o anonimato e a confidencialidade das respostas. Agradeço a sua disponibilidade, pedindo a sua colaboração para responder às seguintes questões.

1. Em que medida considera que os conteúdos da ação foram úteis para o seu desenvolvimento como enfermeiro/a?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Em que medida o desempenho do formador contribuiu para a melhor compreensão e aprendizagem dos conteúdos apresentados?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Considera que esta formação terá impacto ao nível do desempenho da equipa de enfermagem desta Unidade?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Recomendaria esta ação de formação a outros enfermeiros de outras Unidades?

Sim

☐

Não

☐

5. Outros comentários ou sugestões:

Obrigado pela sua colaboração

6. AVALIAÇÃO

Na ação de formação estiveram presentes a Enf.^a Chefe, o 2º elemento e 7 enfermeiros da equipa, sendo uma das quais a Enf.^a que me estava a orientar.

Após concluída a apresentação, foi evidente que a mesma tinha sido uma mais-valia para os enfermeiros que estiveram presentes. A comunicação verbal e não-verbal que demonstraram levou-me a concluir que o tema era pertinente e pouco abordado entre os mesmos. Os enfermeiros mostram disponibilidade e entusiasmo pelo tema, principalmente aquando a apresentação dos diagnósticos/focos de intervenção existentes no sistema informático. Além disso, a presente atividade possibilitou a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem. A presença da Enf.^a Chefe na formação foi fulcral pois a mesma tentou incutir, na equipa, a importância do correto registo do trabalho emocional por eles efetuado e prontificou-se para pedir, junto da equipa informática, a disponibilização de alguns dos diagnósticos/focos apresentados, possibilitando, assim, um melhor registo do trabalho efetuado.

Como instrumento de avaliação da ação de formação, foi realizada a aplicação do questionário de satisfação, previamente demonstrado, aos enfermeiros presentes no momento formativo. O questionário é composto por 5 questões de resposta rápida. No final da sessão foi solicitado o preenchimento do questionário, realçando que a participação era inteiramente voluntária e que o anonimato era garantido durante a apreciação e análise das respostas.

A análise das questões 1 a 4 permite-me concluir que os enfermeiros consideraram os assuntos e conteúdos abordados na sessão como “uteis” ou “muito uteis”, tendo conseguido, enquanto formadora, facilitar a compreensão e a aprendizagem dos conteúdos apresentados. Além disso, os enfermeiros consideraram que a ação foi um momento de contribuiu para o aumento de conhecimentos na área, pelo que responderam afirmativamente quando questionado se recomendariam a ação de formação a outros enfermeiros de outras unidades. A questão 5 incidia na obtenção de comentários e sugestões sobre a apresentação efetuada ou sobre o tema abordado. Das respostas obtidas saliento as seguintes:

- “A formação foi muito interessante e pertinente, principalmente porque estamos na fase de melhoramento do registo no sistema informático”;

- “A formação deveria ser apresentada aos restantes elementos da equipa de enfermagem”;
- “Sensibilizou-me para o correto registo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica”;
- “Vou propor aos elementos dinamizadores do SClinico organizar e acrescentar os focos/diagnósticos de intervenção e as intervenções na tabela efetuada, facilitando, assim, o registo”.

A sessão permitiu, também, o desenvolvimento e o treino de competências enquanto enfermeira especialista, nomeadamente na sensibilização de profissionais para a relevância do registo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica no sistema informático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H. & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 149-194). Loures: Lusodidacta.
- Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência.

Apêndice XIX:

Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua Família: Estratégias de
Enfermagem que visam a Gestão Emocional nos Irmãos



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da Criança em Processo Paliativo e da sua Família: Estratégias de Enfermagem que visam a Gestão Emocional nos Irmãos

Discente:

Carolina Horta e Costa Gomes da Costa

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANEAMENTO.....	4
2. IMPLEMENTAÇÃO.....	5
3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	6
4. APRESENTAÇÃO.....	7
5. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	20
6. AVALIAÇÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde de uma criança despoletam, na família, um conjunto de vivências e de necessidades que, segundo uma perspectiva holística, contemplam todas as dimensões da pessoa. Estas necessidades possuem características similares, básicas e transversais a todas as culturas e contextos de doenças na criança. (Sousa & Sousa, 2007, citando Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003). A compreensão das vivências, a identificação e a satisfação das suas necessidades contribuem para diminuir a influência negativa deste evento no seio familiar. (Sousa & Sousa, 2007, citando Bragadóttir, 1999; Sabatés & Borba, 2005). Segundo Sousa e Sousa (2007), citando Kristjansdóttir (1995, 1997), uma das necessidades apresentadas é o suporte para os irmãos.

A relação entre irmãos, provavelmente, será mais duradoura do que qualquer outra relação na vida de uma pessoa, e desempenha um papel essencial na vida das famílias (Howe & Recchia, 2014). Estes experienciam a doença do irmão de forma particular, requerendo apoio a diversos níveis. “o estágio de desenvolvimento e o nível de maturidade dos irmãos irá ter uma forte influência nos sentimentos e comportamentos exibidos, à medida que a doença progride e que os cuidados se intensificam” (Ethier, 2014, p. 946).

Uma vez que “os enfermeiros são os profissionais ideais para educar e aconselhar os irmãos durante o curso da doença da criança” (McElfresh & Meck, 2014, p. 919), estes devem assistir a família, ajudando os pais a identificar formas de envolver os irmãos no processo de cuidados, fornecendo informação honesta e adequada ao desenvolvimento das crianças (Ethier, 2014). Assim, e após a Enf.^a orientadora ter expressado ser uma lacuna sentida na equipa, propôs a realização de uma formação em serviço, no modo a transmitir e mobilizar conhecimentos e experiências acerca das estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos, uma vez que estas permitem uma melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança doente, bem como uma redução dos distúrbios psicológicos provocados por stressores vivenciados pelos irmãos (Murray, 2000, citando Dunkel-Schetter, 1984; Morrow, Carpenter & Hoagland, 1984; Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986; Speechley & Noh, 1992; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994; Ellerton, Stewart, Ritchie, & Hirth, 1996; Krishnasamy, 1996).

1. PLANEAMENTO

Tema: Cuidar da criança em processo paliativo e da sua família: estratégias de enfermagem que visam a gestão emocional nos irmãos

Local: Sada de Enfermagem

Data: 09/02/2018

Hora: 15horas

Objetivo geral: Refletir sobre o a vivência emocional dos irmãos de crianças em cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- Explicitar o impacto e repercussões da doença da criança na dinâmica familiar e, nomeadamente, na vida e desenvolvimento dos irmãos;
- Identificar as estratégias de enfermagem que visam diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema e justificação; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	Datashow Computador	5 Min.
Desenvolvimento	- Enquadramento teórico; - Evidência científica; - Estratégias de enfermagem.	Expositiva	Datashow Computador	20 Min.
Discussão	- Que outras estratégias de enfermagem podemos utilizar para diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo?	Interativo: partilha de experiências	Datashow Computador	10 Min.

Conclusão	- Síntese do trabalho	Expositiva	Datashow Computador	5 Min.
Avaliação	- Questionário de avaliação	Interrogativa/ Avaliativa	Papel	5 Min.

2. IMPLEMENTAÇÃO

Para realização da sessão de formação foi pedida autorização à Enf.^o Chefe e ao 2º elemento do serviço, que disponibilizaram os meios necessários para que a sessão se realizasse com sucesso. Através da afixação do cartaz de divulgação na sala de trabalho de enfermagem, os enfermeiros do serviço foram convidados a estar presentes na mesma.

A sessão foi agendada com a Enf.^a Orientadora, no sentido de possibilitar a presença do maior número de formandos.

3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Cuidar da criança em
processo paliativo e da sua
família: estratégias de
enfermagem que visam a
gestão emocional nos
irmãos**

DATA: 09/02/2018	ENF.ª ORIENTADORA: [REDACTED]
HORA: 15:00	FORMADORA: Carolina Costa
LOCAL: Sala de Enfermagem	(Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)

4. APRESENTAÇÃO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Cuidar da criança em processo paliativo
e da sua família: estratégias de
enfermagem que visam a gestão
emocional nos irmãos**

Orientado por:
Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira Especialista [REDACTED]

Realizado por:
Carolina Gomes da Costa
Nº 1677

Lisboa, 09 de Fevereiro de 2018

Sumário:

- ▶ Objetivos da sessão
- ▶ Enquadramento teórico
- ▶ Evidência científica
- ▶ Estratégias de enfermagem
- ▶ Discussão
- ▶ Conclusão
- ▶ Referências Bibliográficas

Objetivo Geral:

- ▶ Refletir sobre o a vivência emocional dos irmãos de crianças em cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

- ▶ Explicitar o impacto e repercussões da doença da criança na dinâmica familiar e, nomeadamente, na vida e desenvolvimento dos irmãos;
- ▶ Identificar as estratégias de enfermagem que visam diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo.

Enquadramento Teórico

Cuidados Paliativos
Pediátricos

Cuidados Centrados
na Família

Cuidar em Pediatria

Enquadramento Teórico

Cuidar em Pediatria

- Cuidar é uma atividade inata ao ser humano

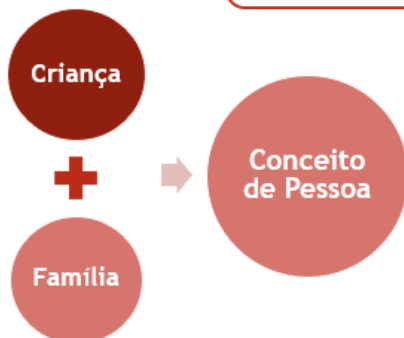
Perspetiva holística e humanista



(Sousa & Sousa, 2007, citando: Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003)

Enquadramento Teórico

Cuidar em Pediatria



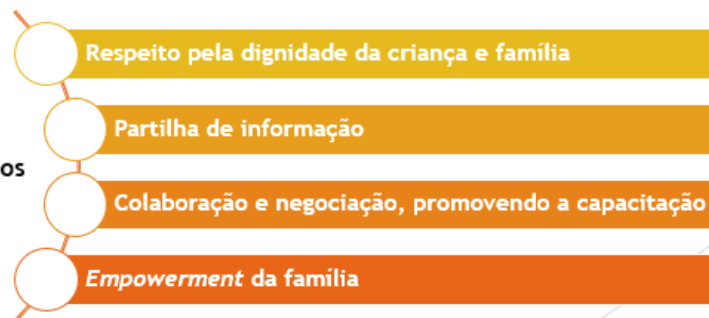
- A inclusão da família na esfera de atuação da intervenção de enfermagem é um dos elementos centrais da filosofia dos Cuidados Centrados na Família

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010)

Enquadramento Teórico

Cuidados Centrados na Família

Princípios



(Boon, 2012)

Enquadramento Teórico

Cuidados Centrados na Família



- Permitem a diminuição da tensão e stress emocional, sendo minimizados os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança/família.

(Sanders, 2014)

Enquadramento Teórico

Cuidados Paliativos Pediátricos

Segundo a OMS, os CPP são definidos como:

- ▶ Cuidados ativos e globais à criança, corpo, mente e espírito, incluindo, igualmente, o suporte familiar;
- ▶ Devem ser implementados quando uma doença ameaçadora da vida é diagnosticada e continuam independentemente de a criança receber ou não tratamento dirigido à doença;
- ▶ Os prestadores de cuidados devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança;

(EAPC, 2009)

Enquadramento Teórico

Cuidados Paliativos Pediátricos

- ▶ Exigem uma abordagem ampla e multidisciplinar, que inclui a família, e utiliza os recursos comunitários disponíveis;
- ▶ Podem ser prestados em centros terciários, nos cuidados de saúde primários ou no domicílio.



**Suporte para os
irmãos**

(Lacerda, 2016)

(EAPC, 2009)

Evidência Científica

- A situação de doença de uma criança despoleta, na família, um conjunto de vivências e de necessidades que, segundo uma perspectiva holística, contemplam todas as dimensões, sejam a cognitiva, emocional, comportamental, relacional e espiritual. Estas necessidades possuem características similares, básicas e transversais a todas as culturas e contextos de doenças na criança.

(Sousa & Sousa, 2007, citando: Kristjansdóttir, 1995; Bragadóttir, 1999; Shields et al., 2003)

Evidência Científica

- Perante a doença de um filho, a atenção dos pais dirige-se, necessariamente, para o filho doente.

(Orloff & Jones, 2011)



E quanto ao impacto e repercussões emocionais nos filhos saudáveis?



- Estes experienciam a doença do irmão de forma particular, requerendo apoio a diversos níveis.

(Ethier, 2014)

Evidência Científica

Sentimentos experienciados

- Abandono
- Exclusão
- Solidão
- Revolta
- Raiva
- Culpa
- Vergonha
- Entre outros



(Orloff & Jones, 2011; Ethier, 2014)

Evidência Científica

Perdas / Mudanças

- Perda do papel de irmão mais novo ou mais velho
- Perda, temporária, dos pais
- Alterações de rotinas familiares
- Dificuldades/problemas escolares
- Problemas alimentares
- Perturbações do sono
- Enurese
- Fraca representação de si
- Entre outros



(Orloff & Jones, 2011)

Estratégias de Enfermagem

- ▶ “Os enfermeiros são os profissionais ideais para educar e aconselhar os irmãos durante o curso da doença da criança”.

(McElfresh & Meck, 2014, p. 919)

**Intervenções
de apoio**

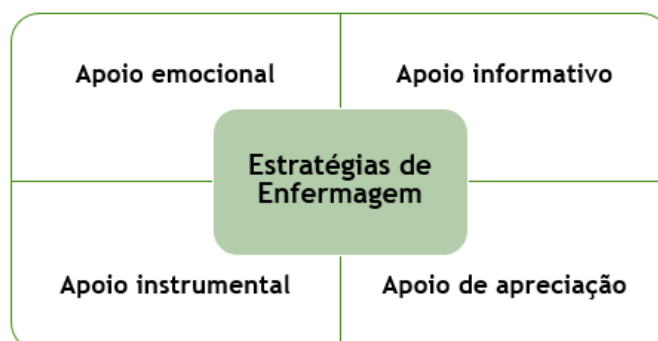


- ▶ Melhor adaptação psicossocial dos irmãos da criança doente;
- ▶ Redução dos distúrbios psicológicos provocados por stressores vivenciados pelos irmãos.



(Murray, 2000, citando: Dunkel-Schetter, 1984; Ellerton, Stewart, Ritchie, & Hirth, 1996; Krishnasamy, 1996; Morrow, Carpenter & Hoagland, 1984; Speechley & Noh, 1992; Taylor, Falke, Shoptaw e Lichtman, 1986; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994)

Estratégias de Enfermagem



(Murray, 2000, citando Murray, 1995)

Estratégias de Enfermagem

Apoio emocional

- ▶ O Apoio Emocional ou Trabalho Emocional tem como objetivo transformar positivamente a experiência emocional associada aos processos de saúde-doença.

(Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016)

- ▶ Para o irmão de uma criança doente, significa que o enfermeiro tem a disponibilidade para o ouvir, conversar sobre os seus problemas, partilhar sentimentos e conhecer e compreender as suas preocupações.

(Murray, 2000)

Estratégias de Enfermagem

Apoio informativo

Os profissionais de saúde devem:

- ▶ Antecipar as perguntas e proporcionar respostas às crianças quanto à situação de doença do seu irmão, transmitindo informação adequada à idade e ao estágio de desenvolvimento;
- ▶ Encorajar os pais a conversarem com os filhos sobre a doença do irmão, de forma a perceberem os sentimentos destes últimos.

(McElfresh & Meck, 2014)

Estratégias de Enfermagem

Apoio instrumental

- As visitas ao hospital ou a hospitalização da criança, podem perturbar a rotina familiar, levando a que os irmãos saudáveis se sintam colocados em segundo plano.



Os enfermeiros devem incentivar os pais a passarem tempo com os irmãos saudáveis, durante o qual o foco sejam eles mesmos.

(Ethier, 2014)

Estratégias de Enfermagem

Apoio de apreciação

- “Os irmãos podem preocupar-se com a hipótese de poderem contrair a doença ou preocupar-se por a causa da doença pode ter sido alguma brincadeira mais energética com o irmão ou algum pensamento em relação a ele”



(McElfresh & Meck, 2014, p. 919)

Os enfermeiros devem desmistificar estas ou outras perceções incorretas que os irmãos tenham em relação à doença da criança.

(Murray, 2000)

Estratégias de Enfermagem

Outras estratégias de enfermagem a ser implementadas:

- ▶ Promover relações saudáveis entre os irmãos
- ▶ Ajudar os irmãos na adaptação à doença
- ▶ Envolver os irmãos nos cuidados/*empowerment*

(McElfresh & Meck, 2014)

Discussão

Que outras estratégias de enfermagem podemos utilizar para diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo?



Conclusão

- ▶ “Os enfermeiros podem assistir a família, através da ajuda aos pais, na identificação de formas de envolver os irmãos no processo de cuidados e na informação honesta e adequada ao desenvolvimento das crianças”.

(Ethier, 2014, p. 946)

Referências Bibliográficas

- ▶ Alligood, M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (8ª ed.) Missouri: Elsevier Mosby;
- ▶ Boon, A. (2012). *Excellence through Patient and Family Centred Care: Literature Review*. Nova Zelândia: Bay of Plenty District Health Board;
- ▶ Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642;
- ▶ Ethier, A. (2014). Cuidados centrados na família em situações de fim de vida. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 931-963). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- ▶ European Association For Palliative Care (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens - Factos*. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus;
- ▶ Lacerda A. (2016). Cuidados Paliativos Pediátricos. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. *Manual de cuidados paliativos*. (3ª edição). (p. 503-527) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética;

Referências Bibliográficas

- ▶ McElfresh, P. & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: LUSOCIÊNCIA;
- ▶ Murray, J. (2000). A Concept Analysis of Social Support as Experienced by Siblings of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 15(5). 313-322;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Orloff, S., Jones, B. (2011) - Psychosocial Needs of the Child and Family. In: Carter, B. S., Levetown, M. & Friebert. S. E. *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2ª Edição). (p. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press;
- ▶ Sanders, J. (2014). A Criança Hospitalizada. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência;
- ▶ Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.

5. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A sua opinião sobre esta ação de formação é extremamente importante para aferir em que medida as suas expectativas foram satisfeitas e para melhorar o desempenho do formador em futuras ações de formação. A sua participação é voluntária e o tratamento, análise e divulgação dos dados obtidos garante o anonimato e a confidencialidade das respostas. Agradeço a sua disponibilidade, pedindo a sua colaboração para responder às seguintes questões.

1. Em que medida considera que os conteúdos da ação foram úteis para o seu desenvolvimento como enfermeiro/a?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Em que medida o desempenho do formador contribuiu para a melhor compreensão e aprendizagem dos conteúdos apresentados?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Considera que esta formação terá impacto ao nível do desempenho da equipa de enfermagem desta Unidade?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Recomendaria esta ação de formação a outros enfermeiros de outras Unidades?

Sim

☐

Não

☐

5. Outros comentários ou sugestões:

Obrigado pela sua colaboração

6. AVALIAÇÃO

Na ação de formação estiveram presentes a Enf.^a Chefe, o 2º elemento e 10 enfermeiros da equipa, sendo uma das quais a Enf.^a que me estava a orientar.

A presente atividade possibilitou a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem, incitando o seu interesse pelo tema. Durante a sessão os enfermeiros participantes demonstraram grande atenção e interesse pela temática, participando ativamente com a colocação de questões pertinentes, relacionadas com as práticas de cuidados diárias. Além disso, com grande entusiasmo e motivação expressaram o seu contentamento ao perceberem que já tinham instituído algumas das estratégias propostas. Uma vez que a temática correspondeu na plenitude às expectativas e necessidades profissionais e pessoais dos enfermeiros, foi criado um ambiente facilitador das aprendizagens e a demonstração da satisfação dos mesmos foi verbalizada.

Como instrumento de avaliação da ação de formação, foi realizada a aplicação do questionário de satisfação, previamente demonstrado, aos enfermeiros presentes no momento formativo e de reflexão. O questionário é composto por 5 questões, com um conteúdo claro e objetivo e de resposta rápida, em que a última, proporciona ao formando a apresentação de sugestões e de comentários. No final da sessão foi solicitado o preenchimento do questionário, realçando que a participação era inteiramente voluntária e que o anonimato era garantido durante a apreciação e análise das respostas.

A análise das questões 1 a 4 permite-me concluir que os enfermeiros consideraram os assuntos e conteúdos abordados na sessão como “muito uteis”, tendo conseguido, enquanto formadora, facilitar a compreensão e a aprendizagem dos conteúdos apresentados, pois os enfermeiros consideraram que o meu desempenho como “muito útil”. Além disso, os enfermeiros consideraram que a ação foi um momento de contribuiu para o aumento de conhecimentos na área, pelo que responderam afirmativamente quando questionado se recomendariam a ação de formação a outros enfermeiros de outras unidades. A questão 5 implicava a obtenção de comentários e sugestões sobre a apresentação efetuada ou sobre o tema abordado. Das respostas obtidas saliento as seguintes:

- “A formação foi muito interessante e pertinente”;

- “A abordagem desta temática foi extremamente útil para a nossa prática diária, pelo que agradeço imenso a sua intervenção”;
- “A formação deveria ser apresentada aos restantes elementos da equipa de enfermagem”;
- “O conteúdo da ação foi muito importante para aplicar em contextos tão específicos e técnicos, como o presente serviço”.

Além disso, a sessão permitiu o desenvolvimento e o treino de competências de EEESCJ, nomeadamente na sensibilização de profissionais para a vivência emocional dos irmãos de crianças em cuidados paliativo, elucidando sobre impacto e repercussões da doença da criança na dinâmica familiar e, principalmente, na vida e desenvolvimento dos irmãos e aclarando quais as estratégias de enfermagem que podem ser implementadas para diminuir o impacto e as repercussões emocionais nos irmãos da criança em processo paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

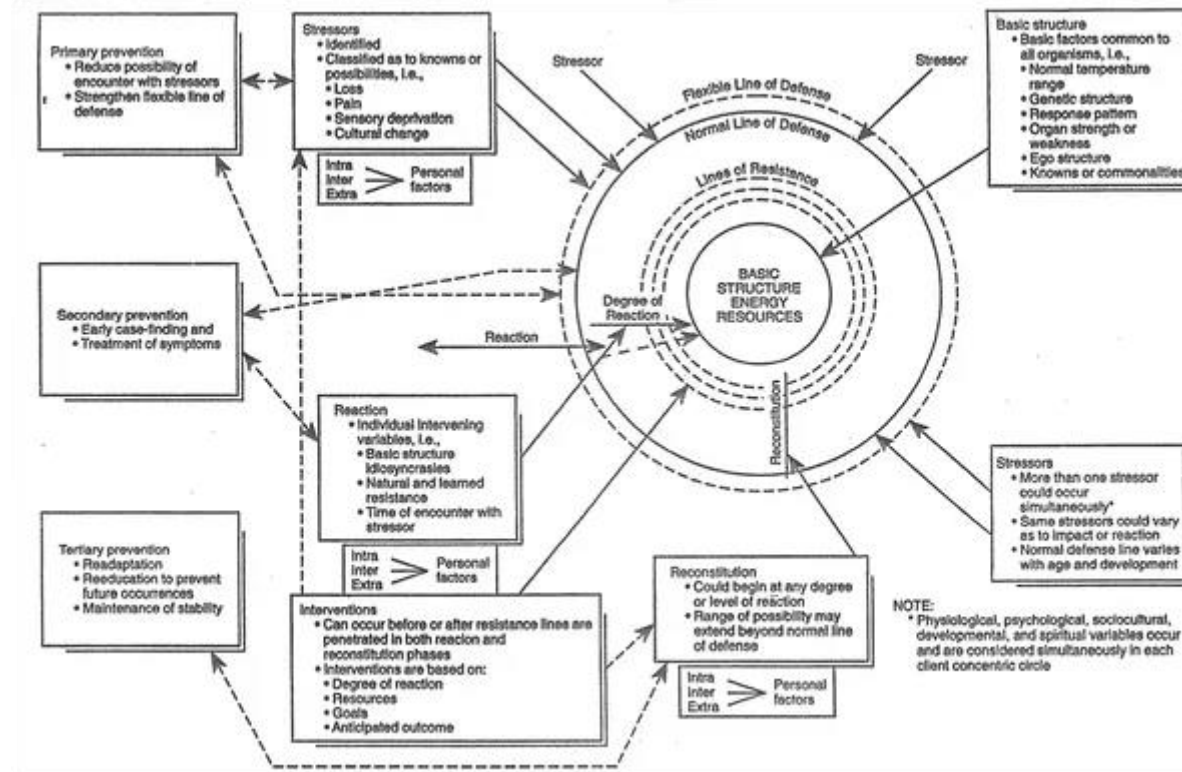
- Ethier, A. (2014). Cuidados centrados na família em situações de fim de vida. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 931-963). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Howe, N. & Recchia, H. (2014). *Sibling Relations and Their Impact on Children's Development*. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/peer-relations/according-experts/sibling-relations-and-their-impact-childrens-development>. Acedido a 30/03/2017.
- McElfresh, P. & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 897-930). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Murray, J. (2000). A Concept Analysis of Social Support as Experienced by Siblings of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 15(5). 313-322.
- Sousa, P. & Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. *Enfermagem Oncológica*. 40(novembro 2007). 11-27.

ANEXOS

Anexo I:

Modelo de Sistemas de Betty Neuman

MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN



Disponível em: <https://www.quora.com/What-is-Betty-Neumans-theory>

Anexo II:

Certificado de participação no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Carolina Gomes da Costa esteve presente no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, "Cuidar para o Neurodesenvolvimento", que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL— Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

